

200 18 71 IV
LOU/GET/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. Oktober 2018

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____, C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Dezember 2017



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war seit 1993 bis zum Ende des Arbeitsverhältnisses per September 2011 bei der D. _____ AG als „Mitarbeiter ...“ angestellt (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 1; 5; 56.1 S. 14, 22). Im September 2010 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf eine seit Januar 2010 bestehende Diabetes-Erkrankung zum Leistungsbezug an (act. II 1). Nachdem die IVB den erwerblichen Sachverhalt abgeklärt, Berichte behandelnder Ärzte beigezogen sowie insbesondere bei Dr. med. E. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), eine Untersuchung veranlasst (Untersuchungsbericht vom 16. Februar 2012 [act. II 59]) und von ihr im Vorbescheidverfahren zusätzlich eine Stellungnahme (act. II 82) eingeholt hatte, verneinte sie mit Verfügung vom 29. Juni 2012 (act. II 83) bei einem Invaliditätsgrad von 17% einen Rentenanspruch. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 86 S. ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 14. Dezember 2012 ab (VGE IV/2012/718 [act. II 92]).

B.

Im Januar 2013 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 94). In der Folge führte die IVB erwerbliche und medizinische Erhebungen durch und holte bei Dr. med. E. _____ (RAD) einen ärztlichen Bericht (act. II 118) bzw. im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eine Stellungnahme (act. II 133) ein. Mit Verfügung vom 27. Juni 2014 (act. II 134) wies die IVB einen Anspruch auf Leistungen der IV mit der Begründung ab, eine Verschlechterung „von ausreichender Relevanz“ sei nicht ausgewiesen. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 135 S. 3 ff.) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 24. Juni 2015 (VGE IV/2014/732 [act. II 144]) gut, indem es die Sache an die IVB zurückwies, damit sie eine psychiatrische Begutachtung und – soweit er-

forderlich – Begutachtungen auch in weiteren Fachdisziplinen veranlasse und anschliessend über den Rentenanspruch neu verfüge (vgl. E. 3.7.3 [act. II 144 S. 14 f.]).

C.

Nachdem die IVB Berichte behandelnder Ärzte eingeholt hatte, erstattete das F._____ (MEDAS) in deren Auftrag am 5. April 2016 eine polydisziplinäre Expertise, beinhaltend die Fachrichtungen der Inneren Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie (Akten der IVB [act. IIA] 192.1). Diese qualifizierten die RAD-Ärzte Dres. med. E._____ und G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in neurologischer und rheumatologischer Hinsicht als nicht nachvollziehbar (vgl. act. IIA 194 S. 1; 200 S. 13) bzw. in Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten als formal und inhaltlich mangelhaft (vgl. act. IIA 195 S. 3). In der Folge ersuchte die IVB die MEDAS um Beantwortung von Zusatzfragen und legte nach Vorliegen des entsprechenden Berichts vom 10. Januar 2017 (act. IIA 207) das Dossier erneut der RAD-Ärztin Dr. med. E._____ vor. Diese erstattete am 10. Februar 2017 einen ärztlichen Bericht (act. IIA 209) und empfahl hernach eine weitere psychiatrische Begutachtung (act. IIA 211), welche die IVB bei Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, veranlasste (Expertise vom 19. Juni 2017 [act. IIA 220.1]). Mit Vorbescheid vom 21. Juli 2017 (act. IIA 221) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 28% die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht, wogegen der Versicherte Einwand erheben liess (act. IIA 225). Mit Verfügung vom 11. Dezember 2017 (act. IIA 229) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

D.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B._____, C._____, mit Eingabe vom 25. Januar 2018 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung auszurichten, namentlich eine dem Invaliditätsgrad entsprechende IV-Rente.
2. Eventualiter: Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. Dezember 2017 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zu neuen Sachverhaltsabklärungen und zu einem neuen Entscheid in der Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Februar 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. Dezember 2017 (act. IIA 229). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. Soweit der Beschwerdeführer darüber hinaus die Ausrichtung von „gesetzlichen Leistungen“ beantragt (vgl. Rechtsbegehren, Ziffer 1), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten, nachdem die Beschwerdegegnerin darüber nicht respektive ausschliesslich über den Rentenanspruch verfügt hat und es somit hinsichtlich allfälliger anderweitiger Leistungsansprüche an einem Anfechtungsobjekt fehlt.

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.

Zunächst rügt der Beschwerdeführer „die überlange Verfahrensdauer“ ab Rückweisung der Sache mit Urteil des Verwaltungsgerichts vom 24. Juni 2015 (act. II 144) und macht eine Rechtsverzögerung gemäss Art. 29 Abs. 1 der Bundesverfassung (BV; SR 101) geltend (vgl. Beschwerde, S. 10, Ziffer 28). Sofern dieses Vorbringen als Rechtsverzögerungsbeschwerde zu betrachten wäre, wäre dem damit verfolgten Interesse, einen an eine gerichtliche Beschwerdeinstanz weiterziehbaren Entscheid zu erhalten (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. Dezember 2008, 8C_453/2008, E. 3.3), mit dem Erlass der (hier angefochtenen) Verfügung vom 11. Dezember 2017 (act. IIA 229) entsprochen worden. Soweit der Beschwerdeführer sodann aus der von ihm behaupteten langen Verfahrensdauer Rückschlüsse hinsichtlich des geltend gemachten materiellrechtlichen Leistungsanspruchs geltend machen wollte, bliebe festzuhalten, dass selbst wenn ein Verstoß gegen das Beschleunigungsverbot im Rahmen des Verwaltungsverfahrens vorliegen würde – was hier allerdings nicht der Fall ist – sich daraus nicht ableiten liesse, dass dem Beschwerdeführer materiell-rechtlich nicht geschuldete Leistungen zuzusprechen wären (vgl. Entscheid des BGer vom 17. November 2016, 8C_125/2016, E. 4.1).

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). 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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (vgl. E. 3.1 vorne) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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.

3.3

3.3.1 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). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanschuldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2

und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

3.3.2 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).

3.3.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – 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).

3.3.4 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 ausschlag-

gebenden 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 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

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

4.

4.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom Januar 2013 (act. II 94) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die (mit VGE IV/2012/718 vom 14. Dezember 2012 [act. II 92] bestätigte) Verfügung vom 29. Juni 2012 (act. II 83) – mit der ein Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 17% verneint wurde – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 11. Dezember 2017 (vgl. E. 3.3.3 vorne).

4.2 Die Verfügung vom 29. Juni 2012 (act. II 83) sowie das sie bestätigende Urteil des Verwaltungsgerichts vom 14. Dezember 2012 (act. II 92) basieren in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ vom 16. Februar 2012 (act. II 59) sowie auf deren Stellungnahme vom 25. Juni 2012 (act. II 82).

Im Untersuchungsbericht vom 16. Februar 2012 stellte Dr. med. E. _____ die folgenden Diagnosen (S. 6):

- Adipositas (BMI 34)
- Verdacht auf eine Polyneuropathie (klinisch nicht eindeutig ausgewiesen)

- Diabetes mellitus
- Funktionelle Störungen und Inkonsistenzen

In der Beurteilung hielt Dr. med. E. _____ fest, die Liste der seit Beginn der Krankheitsevolution geklagten Beschwerden sei lang und teilweise wechselhaft: Brustschmerzen, Müdigkeit, Sensibilitätsstörungen an Füssen und Händen mit Gefühllosigkeit und Kribbelparästhesien, Schmerzen in den Beinen (Waden und Oberschenkelaussenseiten), Schlafstörungen, Sehschwäche, plötzliches Einknicken im Bein, Rückenschmerzen (S. 6). Es gebe objektiv jedoch keine Befunde, welche die Arbeitsfähigkeit relevant einschränkten (S. 7). Der Diabetes sei sehr gut eingestellt. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit müsse eine Tätigkeit an gefährlichen Maschinen, im berufsmässigen Verkehr, dauerhaft auf Gerüsten oder Leitern und in wechselnden Schichten ausgeschlossen werden. Die Polyneuropathie behindere die Arbeitsfähigkeit nicht erheblich. Es sei aber zu empfehlen, mit gröberen Werkstücken zu arbeiten. Bei körperlich leichten Arbeiten bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für körperlich etwas anstrengendere Arbeiten (körperlich mittelschwer, mit umhergehen) bestehe – überwiegend wegen der Adipositas und der fehlenden Fitness – eine Einbusse von 20 bis 30% der Leistung, welche sich nach allfälligem Training (Gymnastik) und Gewichtsabnahme deutlich vermindern lasse. Körperlich schwere Arbeiten seien u.a. wegen den degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) zu vermeiden (S. 8).

4.3 Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Dezember 2017 (act. IIA 229) präsentierte sich die ab dem (hier massgeblichen) Zeitpunkt der Neu anmeldung im Januar 2013 (act. II 94) dokumentierte medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

4.3.1 Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 5. Februar 2013 (act. II 101 S. 2) fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich nicht verändert.

4.3.2 Lic. phil. J. _____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, hielt mit Bericht vom 19. April 2013 (act. II 107 S. 3) fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit Mitte Februar 2011 bei ihm in psychotherapeutischer Behandlung. Nach anfänglicher Stabilisierung seien depressive

Episoden (ICD-10: F32.1) aufgetreten, welche auch eine medikamentöse Unterstützung notwendig gemacht hätten. Der abschlägige Entscheid der IV in diesem Frühjahr habe zu einer deutlichen und besorgniserregenden Verschlechterung der psychischen Verfassung geführt.

4.3.3 Im Bericht vom 25. Mai 2013 (act. II 113) hielt Dr. med. I. _____ fest, der Verlauf hinsichtlich des Diabetes sei seit 2011 stationär bzw. von Seiten des Rückens „gleichbleibend“ (S. 3).

4.3.4 Dr. med. K. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 10. Juni 2013 (act. IIA 155 S. 2 f.) fest, als Grund für die subjektive 100%ige Arbeitsunfähigkeit nenne der Beschwerdeführer vor allem die Polyneuropathie-Beschwerden an den Füssen, in zweiter Linie auch die Lumbalgien vom eindeutig mechanischen Typus. Klinisch seien die Befunde des Neurostatus kompatibel mit der wahrscheinlich überwiegend diabetogenen Polyneuropathie. Die Lumbalgien seien bei altersentsprechenden degenerativen Veränderungen sicherlich nachvollziehbar. Es ergäben sich aber keine Hinweise für eine Neurokompression, weder klinisch noch kernspintomographisch. Die bekannte Hämochromatose zeige ein deutlich erhöhtes Ferritin. Ferner bestehe eine Lebersteatose (S. 3).

Rein fokussiert auf die Lumbalgien sei eine körperlich leichte Tätigkeit zweifellos zu 100% zumutbar. Die Eheleute hätten jedoch klar gemacht, dass sie auf einer 100% Berentung beharrten und hier aus ihrer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit eindeutig vorliege. Zum Besprechungstermin seien sie dann nicht mehr erschienen (S. 3).

4.3.5 Mit Bericht vom 28. August 2015 (act. IIA 156) hielt Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit 2010 bestehende Anpassungsstörung im Sinne einer länger dauernden Depression (ICD-10 F43.21) sowie einen Diabetes fest (S. 1). Es finde keine Behandlung mehr statt (S. 3). Der Beschwerdeführer sei auf Anraten seines Rechtsanwaltes gekommen „zwecks psychiatrischer Begutachtung bei wiederholter Ablehnung von IV-Leistungen“ (S. 2). Er habe am 18. Juli 2014 sein Erstgespräch gehabt, es sei ein Kontrollgespräch am 7. August gefolgt und am

29. September 2014 sei er zur psychologischen Therapie erschienen. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht attestiert worden (S. 3). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe nur eine geringe Verminderung der Leistungsfähigkeit, den Hauptteil der Einschränkungen machten die somatischen Symptome aus (S. 4).

4.3.6 Dr. med. M._____, Fachärztin für Endokrinologie/Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin, hielt mit Bericht vom 1. Oktober 2015 (act. IIA 168 S. 2 - 6) fest, aus diabetologischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit aufgrund der Schichtarbeiten eher nicht mehr zumutbar. Eine behinderungsangepasste, vorwiegend sitzende Tätigkeit sei denkbar – nicht jedoch an gefährlichen Maschinen und wenn möglich ohne Schichtarbeit (S. 4).

4.3.7 Prof. Dr. med. N._____, Facharzt für Neurologie, hielt mit undatiertem, der Beschwerdegegenerin am 23. Oktober 2015 eingegangenen Bericht (act. IIA 169) fest, bei der letzten Kontrolle (vom 8. September 2015 [S. 2]) habe der Beschwerdeführer über eine weitere Verschlimmerung der Gefühlsstörung an den Füßen berichtet. Es beginne nun auch an den Händen, an allen Fingern, Daumen etwas weniger, mit Verminderung des Gefühls und Ameisenlaufen. Das Zittern (der Hände) fluktuieren, habe sich aber seit der letzten Untersuchung nicht verstärkt. Sodann habe eine Untersuchung im Schlaflabor ein Schlafapnoesyndrom bestätigt. Eine langsame Progression der Polyneuropathie sei möglich, vor allem, wenn der Diabetes nicht richtig kontrolliert werden könne. Eine bedeutsame Veränderung habe im Rahmen der Beobachtungszeit (Beginn der ambulanten Behandlung durch Prof. Dr. med. N._____ am 17. Januar 2014 [S. 2]) jedoch nicht festgestellt werden können (S. 3). Ob die Gesamtsymptomatik eine berufliche Tätigkeit nicht erlaube, müsse im Rahmen von beruflichen Massnahmen überprüft werden, wobei die fehlende Ausbildung sich ungünstig auswirken könne (S. 4).

4.3.8 Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 5. April 2016 (act. IIA 192.1) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 52 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Diabetes mellitus Typ 2, Insulin-pflichtig
 - distal-betonte, symmetrische sensomotorische Polyneuropathie
 - diabetische Retinopathie
 - Nephropathie beginnend
 - Hepatopathie

- Chronisch rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom ohne radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom an den unteren Extremitäten
 - degenerative Veränderungen der LWS mit hypertropher Facettengelenksarthrose L3/4, breitbasige Discusprotrusion L4/5, paramedian rechts-betonte hypertrophe Facettengelenksarthrose L4/5, breitbasige Discusprotrusion L5/S1, Spondylarthrose L5/S1, insgesamt keine Hinweise für Neurokompression/Spinalkanalstenose
 - leichte Fehlform der Wirbelsäule mit betonter Brustkyphose
 - Haltungsinsuffizienz

- Neurotisch-narzisstische Persönlichkeitsstörung mit Exazerbation in Form einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit CPAP-Beatmung

- Gastritis

- Hämochromatose-Genträger heterozygot

- Intertrigo

- Morbus Dupuytren rechts, Strahl III bis V mit Streckausfall von Mittel-, Ring- und Kleinfinger rechts

- Status nach Operation bei Morbus Dupuytren links 2008

- Hyperurikämie
 - keine Gichtattacken anamnestisch

- Essentieller Tremor, aktuell geringer Ausprägung

Aus internistischer Sicht bestehe vor allem eine Adipositas mit Diabetes mellitus Typ 2. Obwohl die Diagnose erst 2010 gestellt worden sei, beständen bereits sehr ausgeprägte Spätkomplikationen, insbesondere eine sensomotorische Polyneuropathie sowie eine Retinopathie. Ausserdem bestehe bei deutlicher Adipositas ein Schlafapnoesyndrom und eine CPAP-Beatmung sei eindeutig indiziert (S. 53). Der Diabetes sei recht ordentlich eingestellt und mit dem Gewicht entsprechend sehr hoher Insulin-Dosis therapiert (S. 54).

Im Bereich des Bewegungsapparates bestehe ein chronisch rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom, ohne Hinweise für radikuläre Reiz- oder Ausfallsphänomene. In den bisherig durchgeführten bildgebenden Untersuchungen mit MRI LWS vom Januar 2012 erkenne man degenerative Veränderungen ohne Hinweise für Neurokompressionselemente/Spinalkanalstenose. Im Weiteren bestehe ein unsicherer Gang, bei ausgeprägter sensomotorischer Polyneuropathie bei Diabetes mellitus Typ 2. Im Bereich der Hände bestehe rechts ein relevanter aktiver Morbus Dupuytren mit Befall des Strahles III bis V rechts mit Streckausfall von Mittel-, Ring- und Kleinfinger rechts. Im Bereich der linken Hand bestehe ein Status nach Operation bei Morbus Dupuytren mit anhaltenden Verhärtungen in der Hohlhand, ohne Streckausfall der Finger (S. 54).

Aus neurologischer Sicht bestätigten klinische und elektrophysiologische Befunde eine deutlich ausgeprägte sensomotorische Polyneuropathie mit symmetrischem Verteilungsmuster als Grundlage der geklagten Beschwerden. Im Vordergrund ständen die Sensibilitätsstörungen an den unteren Extremitäten, wodurch auch die heute mässig ausgeprägte Stand- und Gangataxie bedingt seien, während motorische Paresen stark betont die (distale) Fussmuskulatur betreffen. Elektrophysiologisch bestätige sich eine Schädigung vorwiegend sensibler Axone an oberen und unteren Extremitäten (S. 54). Der feinschlägige Haltetremor an den oberen Extremitäten entspreche phänomenologisch einem essentiellen Tremor, rechtfertige angesichts der geringen Amplitude heute jedoch nur mit Vorbehalt eine medikamentöse Behandlung (S. 55).

Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sich eine depressive Symptomatik mit Antriebs- und Initiativlosigkeit, abendlichen Stimmungstiefs, Durchschlafstörungen, Schuldgefühlen, innerer Anspannung und Reizbarkeit, vegetativen Symptomen und Grübelzwängen, gezeigt. In ihrem Ausmass entspreche die depressive Symptomatik einer mittelschweren depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Aufgrund emotionaler Mangelerfahrung in der Kindheit sei beim Beschwerdeführer von einer neurotisch-narzisstischen Persönlichkeitsstörung auszugehen. Diese schmälere die psychophysische Belastbarkeit ganz erheblich (S. 55).

Als Ergebnis der Konsenskonferenz hielten die Gutachter sodann fest, angesichts insbesondere der neurologischen Komplikationen des Diabetes mellitus Typ 2 sowie der degenerativen Veränderungen der LWS bestehe für die angestammte Tätigkeit als ... eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 20%. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit im jetzigen Ausmass dürfte mit dem Verlust der letzten Arbeitsstelle zusammenfallen. Den Angaben des Beschwerdeführers zufolge hätten sich die polyneuropathischen Beschwerden seit 2011 verstärkt, indem nun auch die Fingerkuppen von der sensomotorischen Polyneuropathie betroffen seien. Diese Angabe sei auch aus pathophysiologischer Sicht durchaus nachvollziehbar. Die Arbeitsunfähigkeit habe dadurch bis zum heutigen Zeitpunkt jedoch nicht weiter zugenommen. Es bestehe keine alternative Tätigkeit in der freien Marktwirtschaft, in welcher der Beschwerdeführer eine höhere Arbeitsfähigkeit als 20% zu erzielen vermöge. Dem Beschwerdeführer seien weder längeres Stehen noch längeres Sitzen möglich. Zudem sei die Feinmotorik aufgrund der sensomotorischen Polyneuropathie eingeschränkt. Aufgrund des psychischen Leidens bestehe eine Einschränkung der psychophysischen Belastbarkeit, der Kraftentfaltung und des Durchhaltevermögens (S. 55 f.).

4.3.9 In der Stellungnahme vom 27. Juni 2016 (act. IIA 195 S. 2 ff.) hielt der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ fest, aus Sicht des RAD spielten bei der Verarbeitung der Kränkung durch die Kündigung der Arbeitsstelle sicher die beschriebenen Persönlichkeitsmuster des Beschwerdeführers mit narzisstischen Zügen eine wesentliche Rolle. Der Meinung des Gutachters, darüber hinaus sei von einer eigenständigen (d. h. genuinen) affektiven, noch dazu rezidivierenden Störung auszugehen, könne sich der RAD jedoch nicht anschliessen (S. 2). Die Einordnung der Symptome durch Dr. med. L. _____ als Anpassungsstörung erscheine daher naheliegend und überwiegend plausibel, sowie die erschwerte, d. h. protrahierte Überwindbarkeit im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstörung ebenfalls nachvollziehbar (S. 3).

4.3.10 Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ hielt im ärztlichen Bericht vom 24. August 2016 (act. IIA 200) unter Bezugnahme auf das bzw. in Auseinandersetzung mit dem Gutachten der MEDAS vom 5. April 2016

sowie unter Berücksichtigung der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. G._____ vom 27. Juni 2016 fest, sowohl das rheumatologische wie auch das neurologische Teilgutachten seien namentlich in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar (S. 7 f.). Die Gutachter der MEDAS müssten zu ihren Einschätzungen nochmals Stellung nehmen (S. 13).

4.3.11 In Beantwortung der von der Beschwerdegegnerin gestützt auf den ärztlichen Bericht von Dr. med. E._____ vom 24. August 2016 gestellten Zusatzfragen (act. IIA 201) hielten die Gutachter der MEDAS mit Stellungnahme vom 10. Januar 2017 (act. IIA 207) fest, aufgrund des chronisch rezidivierenden lumbovertebralen Syndroms bestehe für eine leichte Tätigkeit in Wechselhaltung eine Arbeitsfähigkeit von 80% (S. 1 f.). Aus neurologischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit allein aufgrund der Polyneuropathie mit 80% beurteilt. Dabei seien die Einschränkungen von Seiten der Lendenwirbelsäule nicht eingeschlossen bzw. berücksichtigt. Schliesslich sei aus rein psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 40% auszugehen. Hinzu kämen die körperlichen Einschränkungen (S. 3).

4.3.12 Im ärztlichen Bericht vom 10. Februar 2017 (act. IIA 209) hielt Dr. med. E._____ unter Bezugnahme auf die Stellungnahme der MEDAS vom 10. Januar 2017 das folgende Zumutbarkeitsprofil fest: Zumutbar seien leichte Arbeiten, sitzend und stehend im Wechsel, mit 80% Leistung (volles Pensum mit etwas vermehrten Pausen). Sie sollten keine Fein- und Schichtarbeit beinhalten. Belastungen bis 15kg, hie und da bis 20kg, seien zumutbar. Wegen der medizinisch-theoretischen Gefahr von Hypoglykämien sei Arbeit auf Gerüsten und Leitern oder an Maschinen, die bei Kontrollverlust gefährlich seien, ausgeschlossen (S. 7). Das jetzt geltende Zumutbarkeitsprofil (mit nur geringen Veränderungen gegenüber dem bisherigen Zumutbarkeitsprofil) gelte ab 5. April 2016 (Datum des Gutachtens der MEDAS [S. 8]).

4.3.13 Im psychiatrischen Gutachten vom 19. Juni 2017 (act. IIA 220.1) stellte Dr. med. H._____ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) fest (S. 14). Die Feststellung (durch die

Gutachter der MEDAS), wonach der Beschwerdeführer nur noch einfache und überschaubare Arbeiten ohne allzu grossen Zeit- und Leistungsdruck, ohne regen Publikumsverkehr und ohne Schichtarbeit mit einem Pensum von 40% verrichten könne, sei aus retrospektiver rein psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar. Im Gutachten der MEDAS würden eine starke Einschränkung der Durchhaltefähigkeit, eine mittelgradige Beeinträchtigung bei der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit und leichte Einschränkungen in der Kontaktfähigkeit zu Dritten in der Gruppenfähigkeit beschrieben. Diese Einschränkungen liessen im Zusammenhang mit den hier genannten Diagnosen nicht auf eine IV-relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit schliessen, immerhin habe sich der Beschwerdeführer bei der D._____ AG zum Vorarbeiter hochgearbeitet (S. 18). Die Arbeitsfähigkeit betrage 100% (S. 19).

4.4 Der Beschwerdeführer kritisiert zunächst, trotz Vorliegens eines schlüssigen Gutachtens habe die Beschwerdegegnerin ein (psychiatrisches) Zweitgutachten von Dr. med. H._____ erstellen lassen (Beschwerde, S. 5, Ziffer 8 f.). Mit dieser Argumentation macht er sinngemäss die Einholung einer unzulässigen „second opinion“ geltend. Zu prüfen ist demnach zunächst, ob die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines zweiten psychiatrischen Gutachtens befugt war.

4.4.1 Nach Vorliegen des Gutachtens der MEDAS vom 5. April 2016 (act. IIA 192.1) ersuchte die Beschwerdegegnerin den RAD, insbesondere zum Zumutbarkeitsprofil Stellung zu nehmen (act. IIA 193 S.4), woraufhin Dr. med. G._____ (RAD) nach interner Zuweisung durch Dr. med. E._____ (RAD) mit Stellungnahme vom 27. Juni 2016 (act. IIA 195) u.a. festhielt, der im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS postulierten Meinung, beim Beschwerdeführer liege eine affektive rezidivierende Störung (ICD-10 F33) vor, könne sich der RAD nicht anschliessen (S. 2). Für sich genommen oder im Falle, dass dem psychiatrischen Teilgutachten die Hauptbedeutung unter den anderen Gutachtensdisziplinen zukäme, könne nicht darauf abgestellt werden (S. 3). Nachdem Dr. med. E._____ auch aus somatischer Sicht weiteren Abklärungs- respektive Erläuterungsbedarf festgestellt hatte (act. IIA 200 S. 13), ersuchte die Beschwerdegegnerin die MEDAS um Beantwortung von Zusatzfragen in

rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht (act. IIA 201), woraufhin die MEDAS am 10. Januar 2017 eine Stellungnahme einreichte (act. IIA 207). Darin attestierten die Gutachter aus psychiatrischer Sicht eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3), womit dem psychiatrischen Teilgutachten bei der Beurteilung für die Frage nach dem Vorliegen einer Invalidität im Verhältnis zu den somatischen Disziplinen massgebliche Bedeutung zuerkannt wurde. Nach Rücksprache mit der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ (act. IIA 211) orientierte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 8. März 2017 (act. IIA 212) den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, dass eine weitere psychiatrische Abklärung erforderlich sei. In der Folge erhob jener gegen den entsprechenden und Dr. med. H. _____ mit Schreiben vom 9. März 2017 (act. IIA 213; 218) erteilten Auftrag keine Einwände, woraufhin sich der Beschwerdeführer der Begutachtung unterzog.

4.4.2 Rechtsprechungsgemäss hat die versicherte Person gestützt auf Treu und Glauben Einwendungen möglichst bald nach Kenntnisnahme der massgebenden Kenndaten der Begutachtung zu erheben. Hierzu gehören u.a. materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich, so etwa der Einwand, es handle sich um eine unnötige „second opinion“ (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69, 138 V 271 E. 1.1 S. 275).

Die verfahrensmässige Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin rund um die Anordnung des psychiatrischen Gutachtens ist nicht zu beanstanden. Insbesondere wurde der Beschwerdeführer korrekt ins Verfahren miteinbezogen; Gegenteiliges wird denn auch nicht vorgebracht. Zudem opponierte der stets anwaltlich vertretene Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt gegen die vorgesehene Begutachtung, weshalb die nach Vorlage des Gutachtens von Dr. med. H. _____ sinngemäss erhobene Rüge einer unzulässigen „second opinion“ verspätet erfolgt.

Im Übrigen war eine erneute psychiatrische Begutachtung auch sachlich geboten: Zwar ist das Einholen einer sogenannten „second opinion“ unzulässig, wenn es sich um eine Expertise handelt, welche der Versicherungsträger trotz eines bereits in einem Gutachten umfassend festgestellten Sachverhalts einholt, weil ihm die Schlussfolgerungen des Erstgutachtens nicht passen (vgl. SVR 2007 UV Nr. 33 S. 112 E. 4.2). Eine

derartige Konstellation ist hier jedoch nicht gegeben: Vielmehr erachtete der über den psychiatrischen Facharztstitel verfügende RAD-Arzt Dr. med. G._____ das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS als nicht überzeugend, indem er – wie hiervor dargelegt (vgl. E. 4.4.1) – insbesondere die Diagnose einer affektiven rezidivierenden Störung (ICD-10 F33) als nicht schlüssig erachtete. In der Tat war in den bisherigen medizinischen (und psychiatrischen) Berichten nie von einer solchen Störung aus dem nämlichen Formenkreis die Rede. Ferner kritisierte Dr. med. G._____ die nicht nachvollziehbaren Einschätzungen hinsichtlich der vom psychiatrischen Teilgutachter festgestellten Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen (act. IIA 195 S. 3), woraus dieser eine namhafte, in den übrigen (psychiatrischen) Berichten jedoch keine Stütze findende Arbeitsunfähigkeit (für sämtliche Tätigkeiten) ableitete (act. IIA 192.1 S. 50; 207 S. 3). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass jegliche Auseinandersetzung mit den (wenigen) psychiatrischen Berichten in den Akten – namentlich mit jenem von Dr. med. L._____ vom 28. August 2015 (act. IIA 156) – fehlt, ging doch der psychiatrische Gutachter der MEDAS sogar von der Annahme aus, in den Akten fänden sich „keine diskrepanten psychiatrischen Beurteilungen“ (act. IIA 192.1 S. 50), was in Anbetracht der von Dr. med. L._____ sowohl in diagnostischer Hinsicht wie auch in Bezug auf die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diametral anders lautenden Einschätzungen offensichtlich unzutreffend ist.

Da die Beschwerdegegnerin nach Massgabe des Untersuchungsgrundsatzes gehalten ist, den Sachverhalt soweit zu ermitteln, um über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden zu können, das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS indes die höchstrichterlichen Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts (vgl. E. 4.5 sogleich) nicht erfüllt und die Ergänzung mittels Zusatzfragen die Unzulänglichkeiten des nämlichen Teilgutachtens nicht hinreichend zu beheben vermochte, war eine erneute fachärztliche Untersuchung indiziert und es kann nicht von einer unzulässigen „second opinion“ gesprochen werden.

4.5 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat,

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.6 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H._____ vom 19. Juni 2017 (act. IIA 220.1) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 4.5 hiavor). Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Dr. med. H._____ kommt darin zum Schluss, dass eine die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussende Dysthymia (ICD-10 F34.1) vorliegt. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, dringt nicht durch:

Zwar ist ihm darin beizupflichten, dass es invalidenversicherungsrechtlich grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf ankommt, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat, wobei in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen massgebend sind (vgl. Entscheid des BGer vom 28. Juni 2018, 9C_273/2018, E. 4.2; Beschwerde, S. 7, Ziffer 13). Daraus kann der Beschwerdeführer jedoch mit Bezug auf den Beweiswert nichts gegen das Gutachten von Dr. med. H._____ ableiten.

Insbesondere trifft es nicht zu, dass er die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einzig auf die Diagnose abstützte, hielt Dr. med. H._____ doch gegenteils fest, dass sich „Aus Anamnese und Befund sowie der Dokumentation“ keine Diagnose mit „IV-relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit“ ergebe (act. IIA 220.1 S. 15). Diese Einschätzung überzeugt, nachdem sich die psychopathologische Befundlage bei der Begutachtung als sehr bescheiden präsentierte (vgl. S. 11 f.). Dass Dr. med. H._____ bei der Befunderhebung fachliche Fehler unterlaufen wären, ergibt sich weder aus anderen medizinischen Berichten noch macht dies der Beschwerdeführer geltend. Zur Einschätzung von Dr. med. H._____, wonach keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege passt auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben den behandelnden Psychiater allein zwei- bis dreimal jährlich und den Psychologen alle drei Wochen konsultierte (act. IIA 192.1 S. 47; 220.1 S. 5) und das psychosoziale Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung erhalten ist (act. IIA 220.1 S. 17). Auch überzeugt mit Blick auf die anamnestischen Angaben (vgl. S. 5 f.) die Einschätzung des Experten, wonach entgegen dem psychiatrischen Gutachter der MEDAS (und entgegen dem Beschwerdeführer [vgl. Beschwerde, S. 6, Ziffer 12]) keine neurotisch-narzisstische Persönlichkeitsstörung vorliege (act. IIA 220.1 S. 18), finden sich doch in den übrigen Akten keine entsprechenden Hinweise auf das Vorliegen einer solchen Störung und spricht namentlich auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer über 17 Jahre beim selben Arbeitgeber erwerbstätig war, gegen eine das funktionelle Leistungsvermögen bzw. die Arbeitsfähigkeit (erheblich) einschränkende Persönlichkeitsstörung.

Ferner verfängt auch die Kritik an der von Dr. med. H._____ gestellten Diagnose einer Dysthymia (vgl. Beschwerde, S. 6, Ziffer 12) nicht: Zum einen finden sich auch in den übrigen Akten keine Hinweise auf eine rezidivierende depressive Störung im Sinne der Klassifizierung ICD-10 F33, wie sie im Gutachten der MEDAS gestellt wurde (vgl. act. IIA 192.1 S. 49). Zum andern charakterisierte bereits Dr. med. L._____ den affektiven Zustand auf der Befundebene als allein subdepressiv (vgl. act. IIA 156 S. 3), weshalb die von Dr. med. H._____ vorgenommene diagnostische Einschätzung auch im Lichte der Angaben des (damals) behandelnden

Psychiaters überzeugt. Zwar berichtete lic. phil. J. _____ am 19. April 2013 über „depressive Episoden“ (act. II 107 S. 3). Seine – befundmässig nicht untermauerte – Stellungnahme ist jedoch in beweisrechtlicher Hinsicht massgeblich im Lichte des damals angestrebten Neuanmeldeverfahrens und des damit einhergehenden Glaubhaftmachens einer Änderung des Gesundheitszustandes zu werten (vgl. auch act. IIA 156 S. 2 oben), weshalb daraus nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers abgeleitet werden kann.

Was schliesslich die Einschätzung nach Massgabe des Mini-ICF-Ratings (für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen) anbetrifft (vgl. Beschwerde, S. 6. Ziffer 11), so bleibt darauf hinzuweisen, dass dieses (rein deskriptive) Instrument für den versicherungsmedizinischen Kontext noch nicht hinreichend validiert ist (vgl. dazu SZS 2018 S. 132 f.), weshalb für die Einschätzung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit nicht allein darauf abgestellt werden kann bzw. insoweit – wie eingangs dargelegt – Befund und der Schweregrad der Symptomatik massgebend sind. Im Übrigen setzte eine nachvollziehbare Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens anhand des Mini-ICF-Ratings ohnehin eine überzeugende Beurteilung des Gesundheitsschadens voraus, welche Bedingung im Falle des psychiatrischen der MEDAS dem Gesagten zufolge nicht erfüllt ist.

Demnach bestehen gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. med. H. _____, gegen dessen Veranlassung sich der Beschwerdeführer nicht zur Wehr gesetzt (vgl. E. 4.4.2 vorne) und demnach die ihm gegenüber geltend gemachte Mangelhaftigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens der MEDAS (act. IIA 212) zumindest implizit anerkannt hat, keine konkreten Indizien, weshalb im Folgenden darauf abzustellen ist.

4.7 Weiter moniert der Beschwerdeführer, mit dem Vorliegen des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. H. _____ fehle eine (konsensuale) Gesamtbetrachtung des Gesundheitszustandes (Beschwerde, S. 4 f., Ziffer 3 ff.). Sodann sei das Gutachten der MEDAS von Fachärzten für Neurologie und Rheumatologie erstellt worden, das (für die Beurteilung der Invalidität) massgebliche Zumutbarkeitsprofil jedoch durch die RAD-Ärztin

Dr. med. E. _____, welche den Beschwerdeführer nicht selber untersucht habe (Beschwerde, S. 7 f., Ziffer 15 ff.).

4.8 Es trifft zwar zu, dass ein interdisziplinäres Gutachten namentlich bezweckt, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128). Eine dergestalt konsensuale Gesamtbetrachtung bildet jedoch nicht notwendige Voraussetzung für die Beurteilung der Frage nach dem Vorliegen einer Arbeitsfähigkeit respektive Invalidität. Entscheidend ist allein, ob sich die anspruchsrelevanten Sachverhalts- und Rechtsfragen gestützt auf die im Recht liegenden medizinischen Berichte zuverlässig beurteilen lassen (vgl. E. 4.5 vorne). Diese – im Rahmen der Beweismwürdigung zu beantwortende – Frage ist vorliegend zu bejahen:

4.8.1 Wie in E. 4.4 vorne dargelegt, war die Beschwerdegegnerin unter den gegebenen Umständen berechtigt und verpflichtet, den psychiatrischen Gesundheitszustand und insbesondere dessen funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mittels einer neuen Begutachtung abzuklären. In der Folge hat Dr. med. H. _____ das Vorliegen einer psychischen Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit überzeugend verneint (act. IIA 220.1 S. 14; vgl. E. 4.6 vorne). Dabei lagen Dr. med. H. _____ u.a. das Gutachten der MEDAS vom 5. April 2016 (act. IIA 192.1) sowie der entsprechende Zusatzbericht vom 10. Januar 2017 (act. IIA 207) vor (act. IIA 220.1 S. 3), so dass sich der Experte auch ein Bild von den somatischen Beeinträchtigungen und deren allfälligen Auswirkungen auf den psychischen Gesundheitszustand machen konnte. Schliesslich bestehen weder im Gutachten von Dr. med. H. _____, im Gutachten der MEDAS und den übrigen psychiatrischen Berichten Anhaltspunkte noch macht der Beschwerdeführer geltend, dass zusätzlich eine somatoforme Störung zur Diskussion stände, deren Vorliegen allenfalls eine Gesamtbeurteilung im interdisziplinären Kontext erfordern würde. Daraus folgt, dass – bei in psychischer Hinsicht erstellter 100%iger Arbeitsfähigkeit in Bezug auf sämtliche Tätigkeiten (act. IIA 220.1 S. 19) – die psychische Problematik sowohl bei der Formulierung des (medizinisch-theoretischen) Zumutbarkeitsprofils als auch bei der rechtlichen Würdigung der

massgeblichen Arbeitsfähigkeit mangels invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz ausgeklammert werden durfte respektive darf, ohne dass dabei gegen den Untersuchungsgrundsatz bzw. das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung verstossen würde (vgl. E. 4.5 vorne).

4.8.2 Im Weiteren steht fest, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf das von der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ im ärztlichen Bericht vom 10. Februar 2017 (act. IIA 209) formulierte Zumutbarkeitsprofil abgestellt hat. Entgegen dem Beschwerdeführer erweist sich auch dies unter den gegebenen Umständen als rechtlich zulässig:

Im Gutachten der MEDAS vom 5. April 2016 (act. IIA 192.1) wurde in internistischer Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit (S. 26), in rheumatologischer Hinsicht eine Teilarbeitsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit in Wechselbelastung (S. 34) und im neurologischen Fachbereich ein „Teilpensum“ in einer leichten Tätigkeit (S. 44) als zumutbar erachtet. In der Gesamtbeurteilung wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 80% (S. 55 f.) attestiert, wobei keine Präzisierung hinsichtlich der jeweiligen medizinischen Fachrichtungen erfolgte. Dies wurde im Zusatzbericht vom 10. Januar 2017 (act. IIA 207) nachgeholt, wobei die MEDAS aus rheumatologischer und neurologischer Sicht je eine 20%ige (S. 2 f.) und aus psychiatrischer Sicht eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3) bescheinigte. Weiter hielten die Gutachter in neurologischer Hinsicht fest, dass die Einschränkungen von Seiten der Lendenwirbelsäule nicht berücksichtigt seien (S. 3). Aus diesen Angaben geht – mit dem Beschwerdeführer insoweit übereinstimmend (Beschwerde, S. 8, Ziffer 16) – hervor, dass die Gutachter der MEDAS die rheumatologisch und neurologisch begründeten Arbeitsunfähigkeiten von je 20% als additiv werteten. Demgegenüber postuliert die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ im ärztlichen Bericht vom 10. Februar 2017 (act. IIA 209) allein eine 20%ige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit (S. 7).

Vorauszuschicken ist, dass die Gutachter der MEDAS im Zusatzbericht vom 10. Januar 2017 gesamthaft nunmehr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten (je 20% in rheumatologischer und neurologischer Hinsicht plus 60% im psychischen Fachbereich), womit sie sich in Widerspruch zu ihrer Feststellung im Gutachten vom 5. April 2016 setzen, worin sie eine Arbeitsfähigkeit von gesamthaft 20% bzw. eine Arbeitsunfähigkeit von 80% be-

scheinigten (act. IIA 192.1 S. 56). Allein dieser Umstand rechtfertigte es, dass das Zumutbarkeitsprofil neu und abweichend von den Feststellungen der Gutachter der MEDAS festgelegt wurde. Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 23. Februar 2018 sodann zutreffend darlegt (S. 4, Ziffer 16), geht das rheumatologische Zumutbarkeitsprofil im neurologischen weitgehend auf, so dass eine nochmalige Berücksichtigung derselben Einschränkungen nicht überzeugt. Zudem fällt ins Gewicht, dass sich in Bezug auf den rheumatologischen Status respektive hinsichtlich des geklagten Lumbovertrebralsyndroms seit dem von Dr. med. E. _____ erstellten Untersuchungsbericht vom 16. Februar 2012 objektiv keine wesentlichen Änderungen einstellten. Dies geht aus dem Bericht vom 10. Juni 2013 von Dr. med. K. _____ (act. IIA 155 S. 2 f.) hervor, welcher hinsichtlich der degenerativen Veränderungen an der LWS auch weiterhin keine Hinweise für eine Neurokompression feststellte und für leichte Tätigkeiten unverändert eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestierte (S. 3). Auch im Gutachten der MEDAS wurden unverändert keine Reiz- oder motorische Ausfallphänomene festgestellt (act. IIA 192.1 S. 33), wobei auch keinerlei Hinweise auf eine anderweitige objektive Verschlechterung des rheumatologischen Gesundheitszustandes bestehen. Mit ihrer Einschätzung, wonach der Beginn der von ihr attestierten Arbeitsunfähigkeit „im jetzigen Ausmass“ mit dem Verlust der letzten Arbeitsstelle zusammenfalle (S. 55), drückten die Gutachter der MEDAS gegenteils aus, dass der rheumatologische Gesundheitszustand und damit auch die Beeinträchtigungen von Seiten der LWS seit 2011 im Wesentlichen unverändert blieben (vgl. auch E. 4.10.1 hinten).

4.8.3 Die Einschätzung der Gutachter der MEDAS, wonach nebst der aus neurologischen Gründen bestehenden 20%igen Arbeitsunfähigkeit zusätzlich eine rheumatologisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 20% zu berücksichtigen sei, basiert somit nicht auf einer objektivierten Befundverschlechterung und erweist sich demnach – auch im Lichte des Berichts von Dr. med. K. _____ vom 10. Juni 2013 (act. IIA 155 S. 3) – als nicht beweiswertig. Unter diesen Umständen war es zulässig, wenn die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ – abweichend von der Einschätzung der Gutachter der MEDAS – die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht neu beurteilte, standen die Befunde doch fest und ging es allein

darum, eine Folgeabschätzung der diagnostizierten Leiden hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen, was im Übrigen zu den wesentlichen Aufgaben des RAD zählt (vgl. Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG). Die Rechtsprechung erachtet es denn auch bei – wie hier – gegebenen Voraussetzungen als zulässig, abschliessend auf einen ohne eigene Untersuchungen zustande gekommenen RAD-Bericht abzustellen und nicht einem in der Folgenabschätzung anders lautenden Gutachten der MEDAS zu folgen (vgl. Entscheid des BGer vom 8. August 2016, 9C_342/2016, E. 5.2). Daran ändert rechtsprechungsgemäss auch der Umstand nichts, dass sich Dr. med. E. _____ bereits mehrmals mit dem Dossier des Beschwerdeführers befasst hat (Entscheid des BGer vom 21. Januar 2016, 8C_665/2015, E. 4.2), zumal er keine anderweitigen Umstände benennt, welche den Anschein der Befangenheit objektiv zu begründen vermöchten.

4.9 Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt als hinreichend abgeklärt und der vom Beschwerdeführer (eventuell) beantragten weiteren Abklärungen bedarf es nicht.

4.10 Aus dem Dargelegten ergibt sich somit Folgendes:

4.10.1 Was zunächst den Revisionsgrund anbelangt (vgl. E. 3.3.3 vorne), so steht fest und ist unbestritten, dass sich in erwerblicher Hinsicht seit der referenziellen Verfügung vom 29. Juni 2012 (vgl. E. 4.1 vorne) keine Veränderung ergeben hat. In Bezug auf den Gesundheitszustand attestierte Dr. med. E. _____ nunmehr auch für körperlich leichte Tätigkeiten eine 80%ige Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit (vgl. act. IIA 209 S. 7), wohingegen sie im Untersuchungsbericht vom 16. Februar 2012 (act. II 59) noch keine Einschränkungen für leichte Tätigkeiten festgestellt hatte (S. 8).

Die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372). Namentlich begründet eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für sich noch keinen Revisionsgrund (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Mai 2016, 9C_894/2015, E. 5.1).

Vorliegend ist auf der medizinischen Befundebene eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen oder eine Verstärkung bereits bestandener Symptome nicht objektiviert bzw. nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt:

In internistischer Hinsicht besteht ein Diabetes, der unverändert gut bzw. „ordentlich“ eingestellt ist (act. II 59 S. 7; IIA 192.1 S. 54). Eine Veränderung im hier massgeblichen Zeitraum ist insoweit nicht dokumentiert. In rheumatologischer Hinsicht besteht nach wie vor ein chronisches rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom, basierend auf degenerativen Veränderungen der LWS (vgl. act. II 59 S. 7; 192.1 S. 33). Zwar gab der Beschwerdeführer an, dass die Rückenbeschwerden im Verlaufe der Zeit an „Schmerzstärke zugenommen“ hätten (act. IIA 192.1 S. 29). Wie bereits in E. 4.8.2 vorne dargelegt, bestehen jedoch (unverändert) weder Hinweise für eine Spinalkanalstenose/Neurokompression noch für eine Progression der degenerativen Veränderungen. Dabei ist auch zu beachten, dass sich der Beschwerdeführer seit jeher als 100%ig arbeitsunfähig (act. IIA 155 S. 3; 192.1 S. 23) bzw. aufgrund der Rückenschmerzen als allein 20%ig arbeitsfähig (act. IIA 220.1 S. 6) erachtet, weshalb das Augenmerk umso mehr auf das Erfordernis einer objektiv befundmässigen Ausgewiesenheit der geltend gemachten Verschlechterung zu richten ist. Sodann steht aus neurologischer Sicht unverändert eine Polyneuropathie im Vordergrund, wobei der Beschwerdeführer bereits anlässlich der Untersuchung vom 13. Februar 2012 über Sensibilitätsstörungen in Händen und Füssen berichtet hatte (act. II 59 S. 4 ff.). Ebenso lagen die diabetische Retinopathie sowie die Gangstörung bereits damals vor (act. II 30 S. 2; 79 S. 4), so dass eine wesentliche Verschlechterung des neurologischen Gesundheitszustandes bzw. die von Prof. Dr. med. N. _____ im Falle unzureichender Kontrolle des Diabetes – wofür es vorliegend jedoch keine Anhaltspunkte gibt – als möglich erachtete langsame Progression der Polyneuropathie (vgl. act. IIA 169 S. 3) bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11. Dezember 2017 nicht erstellt ist. Schliesslich wird in psychischer Hinsicht unverändert keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, so dass auch insoweit keine Änderung ausgewiesen ist. Anzuführen bleibt schliesslich, dass die Gutachter der MEDAS als Beginn der von ihnen attestierten Arbeitsunfähigkeit „im jetzigen Ausmass“ den Zeitpunkt des Verlusts der letzten Arbeitsstelle – mithin per Ende 2010 bzw. 2011 – festlegten, was das hiervor dargelegte Fehlen einer Veränderung in den tatsächlichen medizinischen Verhältnissen seit der letzten Verfügung vom 29. Juni 2012 zusätzlich untermauert.

Eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts im Sinne eines Revisionsgrundes ist demnach nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt.

4.10.2 Doch selbst wenn mit dem Vorliegen des Gutachtens der MEDAS bzw. mit dem ab 5. April 2016 gültigen Zumutbarkeitsprofil, wonach eine 20%ige Einschränkung in der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit gegeben ist (vgl. act. IIA 209 S. 7 f.), ein Revisionsgrund gegeben wäre mit der Folge, dass ab diesem Zeitpunkt der strittige Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen wäre (vgl. E. 3.3.4 vorne), ergäbe sich, wie nachfolgend zu zeigen ist, kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

Diesfalls gälte in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit Folgendes: Bis zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens der MEDAS am 5. April 2016 gilt bei im Wesentlichen unverändertem Gesundheitszustand (vgl. E. 4.3.1 - 4.3.7 vorne) weiterhin das im Untersuchungsbericht vom 16. Februar 2012 (act. II 59) erstellte Zumutbarkeitsprofil mit der Folge, dass – wie in VGE IV/2012/718 E. 4.3 (act. II 92 S. 14) erwogen – bei einem Invaliditätsgrad von 17% kein Rentenanspruch besteht. Ab dem 5. April 2016 gilt das im Bericht vom 10. Februar 2017 (act. IIA 209) von Dr. med. E. _____ erstellte Zumutbarkeitsprofil (vgl. S. 7 f.). Danach sind dem Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht leichte Tätigkeiten (sitzend und stehend im Wechsel) im Umfang von 80% (volles Pensum mit vermehrten Pausen) zumutbar. Die Tätigkeiten sollten keine Fein- oder Schichtarbeit beinhalten; ebenso sind Arbeiten auf Gerüsten und Leitern oder an Maschinen nicht zumutbar (vgl. S. 7). In psychischer Hinsicht besteht medizinisch-theoretisch keine Arbeitsunfähigkeit, welche Beurteilung auch in rechtlicher Hinsicht massgebend ist respektive es unter den gegebenen Umständen keiner Indikatorenprüfung (BGE 143 V 418) bedarf (vgl. Entscheid des BGer vom 5. Juni 2018, 9C_197/2018, E. 7).

Auf dieser Grundlage ist (hypothetisch) die Invalidität zu ermitteln.

5.

5.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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.

5.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Tabellenlöhnen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

5.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). 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 der vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

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 ei-

nem 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 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

5.2

5.2.1 Hinsichtlich des Valideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 11. Dezember 2017 (act. IIA 229) auf Tabellenlöhne gemäss LSE abgestellt (S. 2) und der Invaliditätsgradermittlung einen ohne Gesundheitsschaden hypothetisch erzielten Jahreslohn von Fr. 66'961.-- zugrunde gelegt (vgl. E. 5.1.1 vorne). Dies ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Denn auch wenn Hinweise auf eine krankheitsbedingte Kündigung bestehen (vgl. act. II 9; 41 S. 3 oben; 56.6 S. 2 oben), so ist aufgrund der echtzeitlichen Akten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer die damalige Anstellung bei der D. _____ AG tatsächlich aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen verlor (vgl. act. II 11 S. 1; 56.3 S. 1 - 6). Wie es sich damit verhält, kann jedoch offen bleiben. Denn selbst wenn dem Valideneinkommen zu Gunsten des Beschwerdeführers der höhere, zuletzt bei der D. _____ AG erzielte Lohn zugrunde gelegt wird, resultiert – wie nachfolgend zu zeigen ist – kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

Gemäss Angaben der D. _____ AG hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2011 ohne Behinderung Fr. 4'925.-- im Monat verdient. Zudem hätte er eine jährliche Schichtzulage von durchschnittlich Fr. 2'750.-- und einen zusätzlichen Mitarbeiterbonus von Fr. 500.-- erhalten (act. II 73). Dies ergibt pro 2011 ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 67'275.-- (Fr. 4'925.-- x 13 + Fr. 2'750.-- + Fr. 500.--; vgl. auch VGE IV/2012/718 E. 4.2.1 [act. II 92 S. 13]).

Das Valideneinkommen ist der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen, wobei auf den Nominallohnindex gemäss der entsprechenden Erhebung des BFS abzustellen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 10. Mai 2013, 8C_67/2013, E. 3.3.5). Demnach betrug das jährliche Valideneinkommen im Jahr 2016 (vgl. E. 4.10.2 vorne) unter Berücksichtigung der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2017, Abschnitt H) Fr. 68'479.90 (Fr. 67'275.-- / 100.5 x 102.3).

5.2.2 Indem der (über keinen Berufsabschluss verfügende [act. II 1 S. 5]) Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf statistische Werte gemäss LSE 2014 abzustellen (vgl. E. 5.1.2 vorne). Gemäss dem Zumutbarkeitsprofil sind dem Beschwerdeführer nur mehr körperlich leichte Tätigkeiten im Umfang von 80% zumutbar (vgl. E. 4.10.2 vorne), womit dem Invalideneinkommen praxisgemäss der Wert Total von Tabelle TA1 der LSE 2014, Kompetenzniveau 1, Männer, zugrunde zu legen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 11. Januar 2018, 9C_621/2017, E. 2.3.1). Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung (Beschwerde, S. 9, Ziffer 22) durfte die Beschwerdegegnerin von einer Überprüfung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit „anhand einer arbeitsmarktlichen Konkretisierung durch Fachleute der Berufsberatung“ absehen, besteht doch kein langjähriger Rentenbezug, welcher der Verwertung des ausgewiesenen Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen entgegenstände (vgl. Entscheid des BGer vom 24. August 2018, 8C_492/2018, E. 5.1).

Ferner hat die Beschwerdegegnerin einen leidensbedingten Abzug (vgl. E. 5.1.2 vorne) von 10% berücksichtigt mit der Begründung, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen nicht alle körperlichen oder handwerklichen Tätigkeiten zuzumuten sind (act. IIA 229 S. 2).

Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit

eingeschränkt ist (Entscheid des BGer vom 14. Mai 2018, 8C_841/2017, E. 3.2.2).

Nach dem Dargelegten erfährt das Zumutbarkeitsprofil dahingehend Einschränkungen, als es sich um eine wechselbelastende Tätigkeit (sitzend und stehend) handeln sollte, wobei Fein- und Schichtarbeiten und ebenso Arbeiten auf Gerüsten und Leitern oder an Maschinen nicht zumutbar sind, dies bei einem vermehrten Pausenerfordernis (vgl. E. 4.10.2 vorne). Dabei handelt es sich um Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, welche sowohl das Spektrum der in Frage kommenden erwerblichen Tätigkeiten eingrenzen, als auch um – allein abzugsrelevante – Faktoren, welche eine Anstellung in Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse als realistisch erscheinen lassen (zur Unterscheidung, vgl. Entscheid des BGer vom 6. Juli 2018, 8C_297/2018, E. 3.5). Nachdem sich hinsichtlich der invaliditätsfremden Gründe Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad ein leidensbedingter Abzug nicht rechtfertigt und namentlich das vermehrte Pausenerfordernis bereits im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt wurde, erweist sich der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Abzug von gesamthaft 10% als eher grosszügig. Wie jedoch nachfolgend zu zeigen ist, resultierte auch dann kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, wenn mit dem Beschwerdeführer (Beschwerde, S. 10, Ziffer 27) ein leidensbedingter Abzug von 20% gewährt würde.

Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 77; BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt Total), der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2017, Abschnitt Total), einer Arbeitsfähigkeit von 80% sowie eines leidensbedingten Abzugs von 10%, betrug das jährliche Invalideneinkommen im Jahr 2016 Fr. 48'263.50 (Fr. 5'312.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden / 103.2 x 104.1 x 0.8 x 0.9). Würde der Invaliditätsermittlung zu Gunsten des Beschwerdeführers ein leidensbedingter Abzug von 20% zugrunde gelegt, ergäbe dies pro 2016 ein Invalideneinkommen von Fr. 42'900.90

(Fr. 5'312.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden / 103.2 x 104.1 x 0.8 x 0.8).

5.2.3 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert bei einem leidensbedingten Abzug von 10% eine Erwerbseinbusse von Fr. 20'216.40 (Fr. 68'479.90 - Fr. 48'263.50) respektive – unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 20% – von maximal Fr. 25'579.-- (Fr. 68'479.90 – Fr. 42'900.90), und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 30% (Fr. 20'216.40 / Fr. 68'479.90 x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123) bzw. höchstens 37% (Fr. 25'579.-- / Fr. 68'479.90 x 100).

Damit besteht auch bei den für den Beschwerdeführer günstigsten Annahmen kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 3.2 vorne).

5.3 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 11. Dezember 2017 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. Okt. 2018, IV/18/71, Seite 34

Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110)
geführt werden.