

200 16 1033 IV
FUR/SHE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. Mai 2017

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. September 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1971 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 27. Januar 2009 mit Hinweis auf eine seit dem 1. Juli 2008 wegen Herzproblemen bestehende Arbeitsunfähigkeit für berufliche Eingliederungsmassnahmen (Berufsberatung, Umschulung auf eine neue Tätigkeit und Wiedereinschulung in die bisherige Tätigkeit) bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) an (Akten der IVB [act. II] 1). Diese tätigte in der Folge berufliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere wurde vom 8. Juni bis 3 Juli 2009 eine Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung (AMA) durchgeführt (AB 22) und der Versicherte am 22. Juni 2009 durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) untersucht (act. II 27, 29, 31). Mit Schreiben vom 5. August 2009 (act. II 39) forderte die IVB den Versicherten im Sinne der Schadenminderungspflicht auf, sich für eine Behandlung in Form einer psychiatrisch-psychotherapeutischen sowie physiotherapeutischen Behandlung bei einem Psychiater und seinem Hausarzt zu melden. Gleichzeitig wies sie den Versicherten auf die Mitwirkungspflicht sowie die Rechtsfolgen im Unterlassungsfall hin und leitete das Mahn- und Bedenkzeitverfahren ein. Mit Verfügung vom 12. Januar 2010 (act. II 54) wies die IVB das Leistungsbegehren ab, da der Versicherte weiterhin seiner Schadenminderungspflicht nicht nachgekommen sei, indem er die von der IVB geforderten Therapiebemühungen nicht adäquat und konsequent durchführe. Die beruflichen Eingliederungsmassnahmen könnten aus diesem Grund nicht durchgeführt werden. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 55/3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 28. Juli 2010, IV/2010/194 (act. II 67), ab (E. 3.4), überwies jedoch die Akten an die IVB zur Prüfung der Frage, ob der Versicherte, sollte er mit der Wiederaufnahme der psychiatrischen Behandlung seiner Schadenminderungspflicht in der geforderten Weise tatsächlich nachkommen, wegen seinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen mit Bezug auf die beantragten Leistungen der Invalidenversicherung relevanten Erwerbsausfall erleide (Ziff. 4). Das Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Die hiernach eingegangenen medizinischen Unterlagen (act. II 72)

gingen für eine einfache, manuelle und den körperlichen Beschwerden angepasste Tätigkeit von einer psychiatrischen Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20-30% aus.

B.

Mit Schreiben vom 10. September 2012 (act. II 76) liess der Versicherte, vertreten durch die Sozialen Dienste der Einwohnergemeinde ..., beantragen, gemäss E. 4 von VGE IV/2010/194 über allfällige Leistungsansprüche zu befinden. Nachdem die IVB medizinische Berichte eingeholt hatte (act. II 79 f. und Akten der IVB [act. IIA] 81), stelle sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 27. November 2012 (act. IIA 83) in Aussicht, wegen Nichtumsetzung bzw. lediglich vereinzelter Umsetzung der verlangten medizinischen Massnahmen das Leistungsbegehren abzuweisen. Hiergegen erhob dieser schriftlich (act. IIA 84) und mündlich (act. IIA 89) Einwände. In der Folge erteilte die IVB Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining vom 6. Januar bis 30. März 2014 (act. IIA 98), welches bis zum 22. Juni 2014 (act. IIA 104) verlängert wurde. Wegen einer bevorstehenden Operation mit anschliessender Reha wurden die beruflichen Massnahmen mit Mitteilung vom 14. April 2014 (act. IIA 109) abgeschlossen und den Versicherten darauf hingewiesen, sollten sich die Verhältnisse ändern, könne er ein neues Leistungsgesuch einreichen.

Am 19. August 2014 (act. IIA 113) liess der Versicherte eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend machen. Daraufhin tätigte die IVB weitere Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch Fachärzte der MEDAS I. _____ (MEDAS; Gutachten vom 11. Juli 2016 [act. IIA 155.1]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 157) verneinte die IVB mit Verfügung vom 26. September 2016 (act. IIA 158) bei einem Invaliditätsgrad von 20% den Anspruch auf eine Invalidenrente.

C.

Mit Eingabe vom 26. Oktober 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____, hiergegen Beschwerde. Er beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache an die IVB zurückzuweisen, damit sie ihm eine ganze Invalidenrente ausrichte. Weiter stellt er das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ als amtlicher Anwalt.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 28. November 2016 auf Nichteintreten auf die Beschwerde. Eventualiter sei die Beschwerde abzuweisen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. Dezember 2016 stellte die Instruktionsrichterin fest, dass die Eingabe vom 26. Oktober 2016 den Anforderungen an eine Beschwerde gemäss Gesetz und Rechtsprechung genügt, wenn auch nur knapp. Sie gewährte den Parteien Gelegenheit, Schlussbemerkungen einzureichen.

Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 15. Dezember 2016 auf das Einreichen von Schlussbemerkungen, der Beschwerdeführer reichte solche am 6. Januar 2017 ein. Darin stellte er neben den bereits in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren, den Antrag, eventualiter sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

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

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 26. September 2016 (AB 158). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 GSOG).

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

2.

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

unfähigkeit – 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).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.3 Liegt eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, sind die nachfolgenden Grundsätze zu beachten, wobei diese auch für vergleichbare Beschwerden gelten, denn aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche psychosomatischen Leiden den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298, 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb u.a. analog anwendbar auf eine Hypochondrie (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 6. Mai 2009, 9C_170/2009, E. 2.2).

2.3.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Dem diagnoseinhärenten

Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist vermehrt Rechnung zu tragen (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286).

2.3.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3.3 Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes, normatives Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.3.4 Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeits-

beurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307).

2.4 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).

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

3.

3.1 Mit Verfügung vom 12. Januar 2010 (act. II 54) wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit der Begründung, er sei trotz Aufforderung seiner Schadenminderungspflicht weiterhin nicht nachgekommen, indem er die geforderten Therapiebemühungen nicht adäquat und konsequent durchführe, ab. Das Verwaltungsgericht kam in VGE IV/2010/194 (act. II 67) zum Schluss, dass eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für den Beschwerdeführer zumutbar ist (E. 3.1) und der Erfolg der vorgeschlagenen Massnahme – prospektiv betrachtet – mindestens als möglich erschien (E. 3.2). Weiter sah das Verwaltungsgericht eine Verletzung der zumutbaren Schadenminderungspflicht in der Zeit zwischen der Einleitung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (AB 39) und der angefochtenen Verfügung als gegeben (E. 3.3). Da es zusätzlich die Verhältnismässigkeit der Leistungsverweigerung bejahte, wies es

die erhobene Beschwerde ab (E. 3.4). Allerdings überwies das Verwaltungsgericht die Akten an die Beschwerdegegnerin, da den im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen zu entnehmen sei, dass der Beschwerdeführer nach Erlass der Verfügung vom 12. Januar 2010 die Behandlung wieder aufgenommen habe und auch fortsetze. Mit hin sei nicht auszuschliessen, dass das Mahn- und Bedenkzeitverfahren mit dem Erlass der Verfügung seine Wirkung gezeigt habe und der Beschwerdeführer die sich auf seinen Gesundheitszustand günstig auswirkenden Therapiemassnahmen auch in der geforderten Arte und Weise befolge. Daher habe die Beschwerdegegnerin die Frage zu prüfen, ob der Beschwerdeführer, sollte er mit der Wiederaufnahme der Behandlung bei Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, seiner Schadenminderungspflicht in der geforderten Weise tatsächlich nachkommen, wegen seinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen mit Bezug auf die beantragten IV-Leistungen relevanten Erwerbsausfall erleide. Was den Gesundheitszustand nach Erlass der Verfügung vom 12. Januar 2010 betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Wie der von Dr. med. C._____ eingereichten Krankengeschichte (act. II 60/8) entnommen werden kann, erfolgten am 15. Januar, 11. März und 23. April 2010 bei ihm Konsultationen.

3.1.2 Der behandelnde Hausarzt med. pract. D._____, Facharzt für Anästhesiologie, attestierte am 9. Juni 2010 und am 14. November 2011 jeweils eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auf unbestimmte Zeit, am 19. Juni 2012 und 10. September 2012 eine solche für je rund 3 Monate (act. II 73/2 und act. IIA 82/4) sowie am 23. Januar 2014 (act. IIA 102/2) eine für zehn Tage und am 3. Februar 2014 (act. IIA 102/1) eine solche für 3 Tage.

3.1.3 Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Arztzeugnis vom 14. Oktober 2010 (act. II 69) aus, der Versicherte sei seit dem 6. Oktober 2010 bei ihm in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Im Bericht vom 15. Oktober 2010 (act. IIA 88/21) sah Dr. med. E._____ die Kriterien einer Somatisierungsstörung mit dysthym-depressiven-hypochondrischen Anteilen als erfüllt an. Der Leidensdruck sei jedoch nicht sehr gross. Der Patient fühle sich nicht arbeitsfähig. Er (Dr. med. E._____) versuche in den kommenden Gesprächen die Behand-

lungsmotivation zu verbessern. Falls dies scheitern würde, seien seines Erachtens die Wiedereingliederungsmassnahmen wenig versprechend. Für eine stationäre integrative psychosomatisch orientierte Behandlung sei der Versicherte derzeit nicht motiviert (S. 22 Ziff. 5). Am 29. November 2010 (act. IIA 72) hielt Dr. med. E. _____ fest, der Versicherte sei seit April 2008 wegen zunehmenden Herzbeschwerden, verminderter Ausdauer, rascher Ermüdbarkeit, ständiger Müdigkeit, Schwindel und Kopfschmerzen keiner Tätigkeit mehr nachgegangen. Er habe Ängste von einem neuen Herzinfarkt und mache sich viele Sorgen um die Familie und um die Zukunft. Der Schlaf sei nicht erholsam. Das Krankheitsbild erfülle die Kriterien einer Somatisierungsstörung mit dysthym-depressiven-hypochondrischen Anteilen. Rein aus psychiatrischer Sicht liege derzeit für eine einfache manuelle und den körperlichen Beschwerden angepasste Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 20-30% vor, wobei Wiedereingliederungsmassnahmen in Betracht gezogen werden sollten.

3.1.4 Dr. med. C. _____ hielt im Bericht vom 21. Oktober 2012 (act. II 79) fest, er habe den Versicherten zuletzt am 23. April 2010 gesehen.

3.1.5 Dr. med. E. _____ legte im Bericht vom 22. Oktober 2012 (act. II 80/3) dar, seit dem 29. Januar 2010 habe sich der Versicherte insgesamt sechs Mal bei ihm gemeldet, zuletzt am 28. Juni 2011. In dieser Zeit habe er keine neuen Aspekte feststellen können. Im Bericht vom 2. September 2013 (act. IIA 94) hielt Dr. med. E. _____ fest, seit dem letzten Bericht seien keine signifikanten Veränderungen eingetreten. Es habe allerdings eine längere affektiv-emotionale Stabilisierung sowie eine bessere Veränderungsmotivation erreicht werden können (S. 1). Es bestehe bis auf Weiteres eine gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit von 30-35% (S. 2 Ziff. 5).

3.1.6 Dem Bericht von Dr. med. F. _____, Facharzt für Kardiologie, vom 20. Juni 2014 (act. IIA 128/11) ist zu entnehmen, dass bei komplexer kardiologischer Vorgeschichte und Status nach Vorderwand-Infarkt 2003 sowie Status nach mehreren perkutanen Interventionen, kürzlich eine Re-Koronarographie durchgeführt wurde. Wegen signifikanten zum Teil komplexen Stenosen sei die Indikation für eine Operation gestellt worden. Da

der Versicherte diese nicht machen lassen möchte, werde eine perkutane Teilrevaskularisation indiziert (S. 12).

3.1.7 Med. pract. D. _____ führte im Bericht vom 17. Dezember 2014 (act. IIA 128) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit kardiale Probleme, Knistern der Kniegelenke, Rückenschmerzen, eine arterielle Hypertonie, eine Magenhyperazidität sowie eine Adipositas auf (S. 2 Ziff. 1.1). Seit Mitte April 2008 und bis auf Weiteres sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.4). Er könne maximal Gewichte von 5-10 kg heben (Ziff. 1.5). Sitzende Tätigkeiten seien ihm zumutbar (S. 4 Ziff. 1.6).

3.1.8 Dr. med. E. _____ hielt im Bericht vom 2. April 2015 (act. IIA 133) fest, der Versicherte befinde sich nicht bei ihm in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Seit der letzten Konsultation vom 21. März 2014 habe er sich bei ihm nicht mehr gemeldet.

3.1.9 Wie Dr. med. G. _____, Facharzt für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 16. April 2015 (act. IIA 142/8) festhielt, liege ein schweres Schlafapnoe-Syndrom vor. Entsprechend sei die Indikation zur therapeutischen Massnahme in Form einer nächtlichen Überbrückungsbeatmung mittels CPAP-Maske gegeben.

3.1.10 Der behandelnde Hausarzt med. pract. D. _____ statuierte im Verlaufsbericht vom 30. November 2015 (act. IIA 142) einen sich verschlechterten Gesundheitszustand (S. 1 Ziff. 1). Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten das Schlafapnoe-Syndrom schweren Grades sowie die Dyspnoe NYHA-Klasse II (Ziff. 2). Seit 2008 und bis auf weiteres bestehe eine gesundheitlich begründete vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 5). Die Adipositas, die koronare Herzkrankheit sowie die „Arbeitsunfähigkeit seit 2008“ würden sich auf die Arbeit auswirken (Ziff. 1). Die bisherige Erwerbstätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar (Ziff. 2), jedoch eine ruhige sitzende Arbeit (Ziff. 3).

3.1.11 RAD-Arzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 27. Januar 2016 (act. IIA 146) aus, dem Versicherten sollte eine körperlich leichte, auf die geringen ausbildungsmässigen Ressourcen abgestimmte, psychisch nicht belastende Tätigkeit

im Sinne einfacher Hilfsarbeiten medizinisch-theoretisch eigentlich möglich sein (S. 5).

3.1.12 2016 wurde der Versicherte von Fachärzten der **MEDAS** interdisziplinär begutachtet.

Im pneumologischen Teilgutachten vom 9. Juni 2016 (act. IIA 155.4) wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert (S. 2 IV). Aus rein pneumologischer sowie schlafmedizinischer Sicht sei der Versicherte für sämtliche Tätigkeiten zu 100% arbeitsfähig. Die Lungenvolumina seien normal hoch und die Schlafapnoe therapiert. Allerdings sei die Tagesschläfrigkeit minimal erhöht. Für die letzte berufliche Tätigkeit als ... sei der Patient zu 100% arbeitsfähig (V).

Im kardiologischen Teilgutachten vom 13. Juni 2016 (act. IIA 155.2) wurde mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare Dreigefässerkrankung diagnostiziert (S. 2 IV). Als ... und bei stehenden Arbeiten ohne Heben von schweren Lasten bestehe aus rein kardiologischer Sicht seit 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 70%. Bei rein sitzenden Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 2 f. V).

Im polydisziplinären Gutachten vom 11. Juli 2016 (act. IIA 155.1) wurde aus psychiatrischer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2) diagnostiziert (S. 31 Ziff. 5.4.3). Deswegen und unter Berücksichtigung, dass der Versicherte in anderen Bereichen deutlich aktiver sei, bestehe in der bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% (S. 32 Ziff. 5.4.3). Diese Einschränkung bestehe seit der Arbeitsaufgabe 2009 (S. 33 Ziff. 5.6.2).

In der polydisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit richte sich vorwiegend nach der kardialen Beurteilung (S. 36 Ziff. 7.1.1).

3.1.13 Der behandelnde Hausarzt med. pract. D. _____ diagnostizierte im Bericht vom 31. August 2016 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3)

eine koronare 3-Gefässerkrankung mit erhaltener Globalfunktion des LV trotz einer minimalen anterolateralen Hypokinesie, ein obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom sowie eine Depression. Der Versicherte sei seit ca. fünf Jahren arbeitsunfähig. Es bestehe keine Aussicht auf Verbesserung des jetzigen Zustandes.

3.2 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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenma-

terial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der Verfügung vom 26. September 2016 (act. IIA 158) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten inkl. Teilgutachten (act. IIA 155.1 ff.). Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihnen – in rein medizinischer Hinsicht – grundsätzlich volle Beweiskraft zukommt. Die Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchung und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis von allen Vorakten und würdigten in ihrer Beurteilung sämtliche ihnen zur Verfügung stehenden Informationen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Die dagegen vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwände vermögen – wie nachfolgend gezeigt – den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens inkl. Teilgutachten indessen nicht zu schmälern, weshalb von ergänzenden Abklärungen (vgl. Beschwerde S. 7 Art. 6) abgesehen werden kann. In der Folge ist darauf abzustellen.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 3) legt sich der psychiatrische Teilgutachter bei der Ätiologie der Müdigkeit nicht fest, sondern er vermutet lediglich deren Ursprung im Schlafapnoe-Syndrom bzw. bezeichnet dies aus seiner Sicht als am wahrscheinlichsten (act. IIA 155.1 S. 31). Weiter ändert der pauschale Hinweis des Beschwerdeführers auf die Beurteilungen der behandelnden Ärzte mit Verweis auf S. 9, 10, 12, 15, 17, 21 des polydisziplinären Gutachtens sowie den Bericht von med. pract. D. _____ vom 31. August 2016 (BB3) nichts an der Schlüssigkeit der gutachterlichen Schlussfolgerungen. Einerseits betreffen die Berichte auf den Seiten 9 und 10 des Gutachtens den hier nicht massgebenden Zeitraum vor der Verfügung vom 12. Januar 2010 (act. II 54; vgl.

E. 3.1 hiervor). Weiter sprechen die sich auf S. 12 des Gutachtens befindenden Berichte von Dr. med. E. _____ nicht gegen die gutachterliche MEDAS-Einschätzung, zumal dieser am 15. Oktober 2010 ausführte, der Leidensdruck sei nicht sehr gross, der Beschwerdeführer selbst fühle sich nicht arbeitsfähig (act. IIA 88/21). Seine Einschätzung der Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit von 20-30% vom 29. November 2010 (act. II 72) weicht denn auch nicht bzw. nicht wesentlich von der fachpsychiatrisch-gutachterlichen Einschätzung von 20% (act. IIA 155.1 S. 33 Ziff. 5.6.1) ab. Auf S. 15, 17 und 21 befinden sich im Wesentlichen Berichte bzw. Arztzeugnisse des behandelnden Arztes med. pract. D. _____. Diese vermögen die gutachterlichen Feststellungen in keinsten Weise zu entkräften. Einerseits enthalten die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse (act. II 73/2, act. IIA 82/4, 102/1 und 102/2) weder Angaben zu den Befunden noch zur Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit. Gleich verhält es sich mit seinem Verlaufsbericht vom 30. November 2015 (act. IIA 142) sowie dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht vom 31. August 2016 (BB 3), welche für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gänzlich ungeeignet sind und denn auch keine Zweifel an der Einschätzung der MEDAS-Gutachter zu begründen vermögen. So gibt med. pract. D. _____ im Verlaufsbericht vom 30. November 2015 an, dem Beschwerdeführer sei eine ruhige sitzende Tätigkeit zumutbar. In welchem zeitlichen Rahmen und zu welchem Pensum macht er – obwohl er explizit danach gefragt wurde – keine Angaben. Im Bericht vom 31. August 2016 werden zudem lediglich drei Diagnosen aufgeführt und danach ohne Angaben von Befunden und dem Darlegen, ob der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit arbeits- und leistungsfähig wäre, die Schlussfolgerung gezogen, es bestehe seit ca. fünf Jahren eine Arbeitsunfähigkeit aus den „oben zitierten Gründen“. Weiter enthält das Gutachten – anders als vom Beschwerdeführer behauptet (vgl. Beschwerde S. 4 f.) – keine „nicht übersehbare tendenziösen Züge“. Es ist Aufgabe eines Gutachters ein lückenloses Bild der zu untersuchenden Person und insbesondere auch zu den geklagten Beschwerden und Einschränkungen zu erheben. Hierzu gehört neben den erwerblichen Aspekten auch jene der Freizeitgestaltung unter welche auch die Frage fällt, ob eine zu begutachtende Person Auto fährt. Diese Frage ist umso wichtiger, da sich der Beschwerdeführer selbst wegen der kardialen Probleme andauernd arbeitsunfähig hält, und bei einer

Indikatorenprüfung nach BGE 142 V 106 auch zu prüfen ist, ob die Einschränkungen im Beruf/Erwerb auch in den sonstigen Lebensbereichen wie insbesondere der Freizeitgestaltung gleich ausgeprägt sind. Weiter ist dem Beschwerdeführer nicht zu folgen, wenn er vorbringt, die Gutachter würden ihn auf die „psychiatrische Schiene leiten“ obwohl er keine psychischen Defizite zu beklagen habe (Beschwerde S. 5). Neben dem MEDAS-Gutachter werden auch von den anderen Ärzten psychische Beschwerden angegeben so etwa von früher behandelnden Psychiater Dr. med. E. _____ (act. IIA 72, 88/21 S. 22 Ziff. 5), vom behandelnden Pneumologen Dr. med. G. _____ (act. IIA 142/8) und dem behandelnden Hausarzt med. pract. D. _____ (BB 3). Zudem wurde beim Belastbarkeitstraining vom 6. Januar bis 30. März 2014 die psychische Stabilität des Beschwerdeführers als weiterhin labil bezeichnet (vgl. definitiver Schlussbericht vom 4. April 2014 [act. II 107] S. 6). Dass er sich selbst nicht als psychisch beeinträchtigt sieht (vgl. act. IIA 155.1 S. 29), ändert daran nichts. Eine andere Frage ist allerdings, ob der psychischen Problematik Krankheitswert im Sinne der Invalidenversicherung zukommt (vgl. nachfolgend).

3.4 Aufgrund des Dargelegten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer seit Mitte 2008 in seiner angestammter Tätigkeit kardial zu 30% und psychiatrisch zu 20% eingeschränkt ist. Polydisziplinär richtet sich die Arbeitsfähigkeit vorwiegend nach der kardialen Beurteilung (act. IIA 155.1 S. 36 Ziff. 7.1.1). Dies ist dahingehend zu verstehen, dass sich die Einschränkungen überschneiden und daher von einer Gesamteinschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% auszugehen ist. In einer adaptierten Verweistätigkeit bestehe – gemäss den Gutachtern – lediglich eine Einschränkung aus psychiatrischer Sicht und zwar im Umfang von 20% (act. IIA 155.1 S. 36 Ziff. 7.2.1). Nachfolgend ist gemäss BGE 141 V 281 anhand einer Prüfung der massgebenden Standardindikatoren (vgl. E. 2.3.3 hiervor) zu prüfen, ob bezüglich der hypochondrischen Störung rechtlich die Voraussetzungen zur Annahme einer invalidisierenden Gesundheitsschädigung erfüllt sind. Es liegt eine fachärztlich einwandfrei diagnostizierte Gesundheitsbeeinträchtigung vor. Ausschlussgründe bestehen keine, waren anlässlich der Begutachtung doch weder Aggravation noch ähnliche Erscheinungen eruierbar (act. IIA 155.1 S. 31).

3.5 Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hinweist (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 7) fällt die Anerkennung einer rentenbegründenden Invalidität nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung (Entscheidung vom 25. April 2016, 8C_28/2016, E. 4.2.2) nur in Betracht, wenn die Aktenlage ein stimmiges Gesamtbild zeichnet, das auf eine therapeutisch nicht angehbare erhebliche funktionelle Behinderung schliessen lässt. Von einer leistungsrelevanten Erwerbseinbusse ist jedenfalls solange nicht auszugehen, als die zumutbare therapeutische Option einer fachärztlich angeordneten intensiven Psychotherapie nicht konsequent und motiviert verfolgt wurde. Dies ist vorliegend nicht der Fall. Aufgrund des Gutachtens ist erstellt, dass wegen der Erkrankung kein Grund besteht, dass der Beschwerdeführer nicht eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung antreten könnte (act. IIA 155.1 S. 37 Ziff. 7.3). Der psychiatrische Gutachter sieht grundsätzlich eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für sinnvoll, eventuell auch im stationären Rahmen (S. 35 Ziff. 6.2.3). Nur der Beschwerdeführer geht davon aus, dass er lediglich kardial eingeschränkt ist. So gab er anlässlich der MEDAS-Untersuchung an, Psychotherapie sei „nichts für ihn“. Letztmals sei er 2014 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Medikament für die Psyche nehme er nicht ein (act. IIA 155.1 S. 26 Ziff. 5.2.1). Damit sind die therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft, d.h. es ist nicht von einer schweren und therapeutisch nicht (mehr) angehbaren psychischen Störung auszugehen. Auch die weiteren Indikatoren sprechen gegen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden. So wurde die Persönlichkeit des Beschwerdeführers als unauffällig eingestuft (vgl. S. 28 Ziff. 5.3.1). Weiter sprechen die von ihm gegenüber den Gutachtern geschilderten Alltagsaspekte für eine nur leichte Ausprägung des Gesundheitsschadens. Er ist verheiratet, hat zwei Kinder (act. IIA 155.1 S. 21 Ziff. 3.1.1) und pflegt soziale Kontakte mit Nachbarn, Kollegen und seinem Bruder (S. 26 Ziff. 5.2.1). Weiter hat er regelmässig Kontakt zu seiner Mutter im ... (S. 27 Ziff. 5.2.3). Auch gab er an, mehrmals am Tag Spaziergänge durchzuführen und im Haushalt (act. IIA 155.2) sowie beim Einkauf (act. IIA 155.1 S. 22 Ziff. 3.1.4) mitzuhelfen. Zudem fährt er gemäss eigenen Angaben Auto (S. 26 Ziff. 5.2.1) und begleitet seine Söhne zum Fussball (S. 22 Ziff. 3.1.3). Somit besteht kein sozialer Rückzug. Vielmehr liegt eine Diskrepanz hinsichtlich der Konsistenz des Aktivitätsniveaus in Beruf und Erwerb einerseits und im Freizeitverhal-

ten andererseits vor. Dazu passt, dass sich der Beschwerdeführer keiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie unterzieht.

In Würdigung sämtlicher dieser Umstände sind die Auswirkungen der diagnostizierten Somatisierungsstörung überwindbar und es besteht diesbezüglich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, resp. es liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Somit ist nachfolgend lediglich zu prüfen, ob die kardialen Beschwerden einen Rentenanspruch begründen.

4.

4.1 Aufgrund des vollständig beweiskräftigen MEDAS-Gutachtens vom 11. Juli 2016 (act. IIA 155.1) ist der Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit als ... zu 30% eingeschränkt. Damit sind sowohl die Voraussetzung des Wartejahres als auch jene der dauernden 40%-igen Einschränkung (vgl. E. 2.4 hiervor) und damit die rentenbegründenden Voraussetzungen nicht erfüllt. Selbst wenn – wie nachfolgend gezeigt – der Invaliditätsgrad aufgrund einer angepassten Verweistätigkeit berechnet wird, resultiert kein Rentenanspruch.

4.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.3 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 den vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen Lohn-

strukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

4.4 Mit Blick auf die frühere Leistungsverweigerung mit Verfügung vom 12. Januar 2010 (act. II 54) liegt der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns im Februar 2010. Somit ist der Einkommensvergleich auf das Jahr 2010 hin vorzunehmen.

4.5 Da dem Beschwerdeführer seine Anstellung als ... am 30. April 2008 aus wirtschaftlichen Gründen per 30. Juni 2008 gekündigt wurde (act. II 15/4), wäre er auch im Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr beim damaligen Arbeitgeber angestellt. Da somit die „gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ nicht ursächlich für die Kündigung waren, rechtfertigt sich für die Bestimmung des Valideneinkommens rechtssprechungsgemäss ein Abstellen auf Tabellenlöhne (Entscheid des BGer vom 14. April 2010, 9C_130/2010, E. 3.3.1). Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer eine Weiterbildung zum ... absolvierte (vgl. act. II 4/2). Dies führt bei der Tabelle TA1 der LSE 2010 zur Berücksichtigung des Anforderungsniveaus 3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt). Im Sektor 2 (Produktion) hätte er 2010 ein monatliches Einkommen von Fr. 5'981.-- erzielt. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Sektor II (vgl. Tabelle betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche) von 41.4 Stunden 2010 ergibt ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 74'284.-- (Fr. 5'981.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.4 Stunden).

4.6 Was das Invalideneinkommen betrifft, hätte der Beschwerdeführer im Jahre 2010 in einer leichten sitzenden Verweistätigkeit gemäss dem Totalwert der Tabelle TA1 im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) ein monatliches Einkommen von Fr. 4'901.-- erzielen können. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden 2010 (vgl. Totalwert der Tabelle betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden) ergibt ein Invalideneinkommen von Fr. 61'164.50 (Fr. 4'901.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.6 Stunden). Hier beruhen beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen, weshalb invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjah-

re, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Urteil des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5), mithin keinen Abzug zur Folge hätte. Die Beschwerdeführerin gewährte einen behinderungsbedingten Abzug von 20%. Ob vorliegend ein behinderungsbedingter Tabellenlohnabzug zu gewähren ist, ist fraglich, da praxismässig eine Leistungseinschränkung bei einer ganztags ausübbarer Verweistätigkeit keinen Abzug rechtfertigt (vgl. Entscheid des BGer, 8C_14/2017, E. 6.3) und auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten für Personen die nur noch leichte, sitzende Arbeiten verrichten können, zu finden sind. Bei einer invaliditätsbedingten Einbusse von Fr. 13'119.50 (Fr. 74'284.-- - Fr. 61'164.50) resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 18% ($\text{Fr. } 13'119.50 / \text{Fr. } 74'284.-- \times 100$). Die Frage des behinderungsbedingten Abzugs vom Tabellenlohn braucht jedoch nicht abschliessend beantwortet zu werden. Selbst wenn ein behinderungsbedingter Abzug von 20% gewährt würde, was mindestens zu einem Invalideneinkommen von Fr. 48'931.60 ($\text{Fr. } 61'164.50 \times 80\%$) führt, läge bei einer maximalen invaliditätsbedingten Einbusse von Fr. 25'352.40 (Fr. 74'284.-- - Fr. 48'931.60) ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von höchstens 34% ($\text{Fr. } 25'352.40 / \text{Fr. } 74'284.-- \times 100$) vor.

4.7 Zusammenfassend ergibt sich, dass der Beschwerdeführer aufgrund eines Invaliditätsgrads von 18% bzw. maximal 34% keinen Anspruch auf eine Rente hat. Die gegen die Verfügung vom 26. September 2016 erhobene Beschwerde erweist sich als offensichtlich unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

5.

5.1 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beordnung von Dr. iur. B. _____ als amtlicher Anwalt.

5.1.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzun-

gen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Praxis Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen oder aber davon absehen würde (BGE 140 V 521 E. 9.1 S. 537).

5.1.2 Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist aktenmässig erstellt (vgl. BB 4). Obwohl das MEDAS-Gutachten vom 11. Juli 2016 (act. IIA 155.1) umfassend und schlüssig ist und ein klares Bild der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers gibt und dieser ausser wenig substantiierter Kritik am Gutachten zu üben, lediglich auf die Kurzbeurteilungen seines behandelnden Arztes Dr. med. D. _____, welcher weder Kardiologe noch Psychiater ist, verweist, ist das vorliegende Verfahren „nicht geradezu aussichtslos“. Daher sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege vorliegend erfüllt, ist das entsprechende Gesuch gutzuheissen und Dr. iur. B. _____ dem Beschwerdeführer als amtlicher Anwalt beizuordnen.

5.2 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 (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Unter Berücksichtigung des gutgeheissenen Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege (vgl. E. 5.1 hiavor) wird er – unter Vorbe-

halt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

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

5.4 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Kostennote vom 10. Januar 2017, in welcher Rechtsanwalt Dr. iur. B._____ einen Aufwand von 10 Stunden à Fr. 270.-- und Auslagen von Fr. 47.20 geltend macht, ist nicht zu beanstanden. Somit ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf Fr. 2'967.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festzulegen. Entsprechend ist das amtliche Honorar auf Fr. 2'211.-- (Fr. 2'000.-- [10 Stunden à Fr. 200.--] zuzüglich Auslagen von Fr. 47.20 und MWSt. von Fr. 163.80 [8% von Fr. 2'047.20]) festzusetzen und Rechtsanwalt Weissberg aus der Gerichtskasse zu vergüten. Der Beschwerdeführer hat dem Kanton Bern diese Kosten nach den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO - d.h. sobald er innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist - nachzubezahlen (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'967.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt Weissberg nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'211.-- festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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