

200 16 1086 IV
LOU/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. April 2018

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
c/o lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. Oktober 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 23. Dezember 2011 unter Hinweis auf eine Krankheit erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 18) wies sie das Leistungsbegehren mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens mit Verfügung vom 9. Juli 2012 ab (act. II 19).

B.

Am 31. März 2015 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Hepatitis B, Echinokokkus, Diabetes mellitus Typ 2, Hypercholesterolemia, mehrmalige Herzoperation, Lungenembolie, Adipositas sowie Depressionen erneut zum Leistungsbezug an (act. II 20). Daraufhin führte die IVB erwerbliche sowie medizinische Abklärungen durch. Mit Vorbescheid vom 18. Mai 2015 stellte sie ein Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht (act. II 25). Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch lic. iur. B._____, unter Beilage verschiedener Arztberichte Einwand (act. II 29). Nach Einholung einer Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 32) holte die IVB bei der MEDAS C._____ AG ein polydisziplinäres (internistisch, kardiologisch sowie psychiatrisch) Gutachten (MEDAS-Gutachten; Eingang bei der IVB am 6. Juli 2016; act. II 44.1 bis 44.3) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 49; 50) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 6. Oktober 2016 ab (act. II 52).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 4. November 2016 (Postaufgabe) Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochte-

nen Verfügung, die Zusprache einer vollen (richtig: ganzen) IV-Rente sowie den Erlass der Prozesskosten.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. November 2016 wies der Instrukti-
onsrichter darauf hin, dass aus der Beschwerde nicht hervorgehe, ob der
Beschwerdeführer selbst Beschwerde führen wolle oder ob er von lic. iur.
B. _____ vertreten werde; gleichzeitig forderte er den Beschwerdeführer
auf, gegebenenfalls eine entsprechende Vollmacht beizubringen sowie die
in Aussicht gestellte Ergänzung der Beschwerde nachzureichen.

Mit Eingabe vom 10. November 2016 führte der Beschwerdeführer aus,
dass er selber Beschwerde führen wolle.

Mit Eingabe vom 21. November 2016 teilte der Beschwerdeführer mit, dass
er im Spital D. _____ einen Termin gehabt habe und dass er wahr-
scheinlich an einer Leberzirrhose leide. Er stellte die Einreichung weiterer
Arztberichte in Aussicht, die am 15. Dezember 2016 eingingen (Beschwer-
debeilagen [act. I] 6 und 7).

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Januar 2017 schloss die Beschwerdegegeg-
nerin unter Hinweis auf die Stellungnahme des RAD vom 13. Januar 2017
(act. II 60) auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 17. Februar 2017 reichte der Beschwerdeführer einen Arzt-
bericht von Dr. med. E. _____, Facharzt für Operative Urologie, vom
9. Februar 2017 ein (act. I 8).

Mit Duplik vom 8. März 2017 hielt die Beschwerdegegnerin an der Abwei-
sung der Beschwerde fest und machte geltend, der Bericht von Dr. med.
E. _____ betreffe einen Sachverhalt, der nach Erlass der angefochtenen
Verfügung eingetreten sei.

Mit prozessleitender Verfügung vom 20. Dezember 2017 gab der Instrukti-
onsrichter den Parteien mit Blick auf die neue bundesgerichtliche Recht-
sprechung (BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418) Gelegenheit zur Stel-
lungnahme.

Mit Stellungnahme vom 5. Januar 2018 verneinte die Beschwerdegegnerin
das Vorliegen eines invalidisierenden psychiatrischen Gesundheitsscha-

dens auch gestützt auf die neue Rechtsprechung und hielt an der Abweisung der Beschwerde fest.

Mit Stellungnahme vom 22. Januar 2018 bestätigte der Beschwerdeführer sinngemäss die gestellten Rechtsbegehren und reichte zwei weitere Arztberichte ein (act. I 9 und 10).

Mit prozessleitender Verfügung vom 6. März 2018 gab der Instruktionsrichter den Parteien Gelegenheit, sich zur Frage nach dem für eine Rentenzusprechung heranzuziehenden Valideneinkommen zu äussern. Dem kamen der Beschwerdeführer und die Beschwerdegegnerin mit Eingaben vom 20. bzw. 27. März 2018 nach.

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. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 6. Oktober 2016 (act. II 52). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente.

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

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

2.

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

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 Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr

zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 428 f., 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständi-

gen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), 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 Anspruchgrundlage 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 beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

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

2.5 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).

2.6 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.7 Ändert sich der IV-Grad 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad 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. Ein

Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls - sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden - ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 9. Juli 2012 (act. II 19), in welcher ein invalidisierender Gesundheitsschaden verneint wurde, und der hier angefochtenen Verfügung vom 6. Oktober 2016 (act. II 52) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Leistungsanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 hiavor).

3.2 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 9. Juli 2012 (act. II 19) massgeblich auf die Berichte der behandelnden Hausärzte vom 14. Juli 2010 (act. II 2 S. 1) und 6. Mai 2012 (act. II 16 S. 2 ff.) sowie der Klinik M. _____ vom 26. Juli 2010 (act. II 16 S. 10 f.) und der Klinik N. _____ vom 5. April 2012 (act. II 16 S. 7 ff.). Als relevante Diagnosen ergaben sich ein Diabetes mellitus Typ 2 sowie rezidivierende Schmerzen bei Status nach Netzeinlage bei medianer Narbenhernie 2004 (act. II 16 S. 2). Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich bloss der Hausarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 6. Mai 2012 (act. II 16 S. 2 ff.), indem er die bisherige tägliche 1.5-stündige Arbeit als ... für noch zumutbar hielt. Die Leistungsfähigkeit beurteilte er als vermindert durch die allgemeine Dekonditionierung bei metabolischem Syndrom und persistierendem Nikotinabusus und eine entsprechende Steigerung beurteilte er als nur möglich durch Rekonditionierung, Ernährungsberatung sowie Fitnesstraining. Dies stand in Widerspruch zur einen Monat davor erfolgten telefonischen Äusserung desselben Arztes vom 5. April 2012 (act. II 13) gegenüber der Beschwerdegegnerin, in der er einen relevanten Gesundheitsschaden ausgeschlossen hatte. Gestützt auf diese Unterlagen verneinte die Beschwerdegegnerin einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (act. II 19).

3.3 Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 6. Oktober 2016 (act. II 52) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

3.3.1 Im Bericht vom 8. April 2015 der Klinik G. _____ (act. II 29 S. 6 ff.) diagnostizierten die Ärzte insbesondere eine Herzinsuffizienz mit normaler LVEF bei a) hypertensiver Kardiopathie mit diastolischer Dysfunktion und b) koronarer 2-Gefässerkrankung (S. 6). Es lasse sich eine schwer eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit objektivieren, ohne relevante Leistungsverbesserung im Vergleich zur Eintrittsuntersuchung; die Ergometrie falle subjektiv grenzwertig und elektrisch negativ aus bezüglich Belastungskoronarinsuffizienz bei nicht aussagekräftigem Doppelprodukt (S. 9). Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, es bestünden aus kardialer Sicht Einschränkungen bezüglich Arbeitsfähigkeit, der Beschwerdeführer arbeite zu 40% als ... (S. 8).

3.3.2 Der Hausarzt Dr. med. F. _____ führte im Bericht vom 8. Juni 2015 (act. II 29 S. 10) aus, der Beschwerdeführer sei nicht mehr zu 100% arbeitsfähig. In der Abschlussuntersuchung nach kardialer Rehabilitation bei koronarer 2-Gefässerkrankung sei am 14. April 2015 eine schwer eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit nachgewiesen worden.

3.3.3 Im Bericht vom 16. Juli 2015 (act. II 29 S. 11) führte Dr. med. H. _____ aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit Juli 2014 in ihrer ambulanten psychiatrischen Behandlung. Er leide an einem schweren depressiven Zustand (ICD-10 F33.2). Aktuell begleitende Symptome seien: Verlust der Lebensfreude, apathisch, schwer motivierbar, Schlafstörungen, sozialer Rückzug, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen sowie Todesangst. In den letzten Jahren habe sich sein körperlicher Zustand zunehmend verschlechtert. Dies habe auch einen massiven negativen Einfluss auf seinen psychischen Zustand. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.3.4 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 6. Juli 2016 (Eingang Beschwerdegegnerin; act. II 44.1 bis 44.3) basiert auf internistischen, kardiologischen sowie psychiatrischen Untersuchungen. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter insbesondere folgende Diagnosen (act. II 44.1 S. 26 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Anhaltend depressive Episode im Rahmen einer depressiven Entwicklung, im Verlauf unterschiedlichen Schweregrades, zum Untersuchungszeitpunkt mittelgradig ausgeprägt (ICD-10 F32.11)
- Koronare Zweigefässerkrankung ED 2015
- Koronarangiographie vom 15. Januar 2015, Bifurkationsstenose, LCX, PCI/PTCA/Stent (DES) erfolgreich
- Rekoronarangiographie am 5. März 2015, PCI/PTCA/Stent (DES)
- Kardiovaskuläres Hochrisikoprofil, metabolisches Syndrom

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Diabetes mellitus Typ II
- Chronisches Schmerzsyndrom Becken

- Status nach Echinococcus granulosus
- Asthma bronchiale
- Chronische Hepatitis B

Im internistischen Teilgutachten (act. II 44.1 S. 13 ff.) wurde keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Es präsentiere sich ein kardiopulmonal kompensierter, normotoner Beschwerdeführer. Aus dem internistischen Formenkreis seien eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ II und eine koronare Herzerkrankung bekannt. Der Diabetes mellitus sei nicht gut eingestellt, hier empfehle sich eine engmaschige Kontrolle, Therapieanpassung sowie eine Ernährungsberatung. Dies auch im Zusammenhang mit der ausgeprägten Adipositas per magna. Bezüglich des Asthma bronchiale finde sich im Status ein pulmonal unauffälliger Beschwerdeführer, auskultatorisch ohne Giemen (S. 17 f.).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 29. Oktober 2015 (act. II 44.2) führte Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, im Rahmen der Untersuchung sei die Grundstimmung des Beschwerdeführers gedrückt-depressiv, leicht labil, gehemmt, vor allem ängstlich-besorgt gewesen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei deutlich vermindert, leichte situative Aufhellungen seien allerdings feststellbar gewesen. Hinweise für eine willentliche Herbeiführung oder massive Verdeutlichung psychischer oder körperlicher Störungen im Sinne einer Aggravation oder Simulation hätten sich nicht gezeigt (S. 7). In diagnostischer Hinsicht bestehe eine anhaltend depressive Episode im Rahmen einer depressiven Entwicklung, im Verlauf unterschiedlichen Schweregrades, zum Untersuchungszeitpunkt mittelgradig ausgeprägt (ICD-10 F32.11; S. 10). Die Hauptsymptome einer Depression nach ICD-10 seien eine depressive Stimmung, Interessenminderung, Verminderung der emotionalen Reagibilität sowie ein Antriebsmangel und eine erhöhte Ermüdbarkeit. Diese seien festzustellen gewesen. Als Zusatzsymptome seien eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Insuffizienzgefühle, pessimistische Zukunftsperspektiven sowie Schlafstörungen eruierbar gewesen. Das Aktivitätsniveau im Alltag sei als reduziert zu beurteilen, es bestehe ein soziales Vermeidungsverhalten mit Rückzug (wenn

auch nicht in allen Belangen des Lebens). Psychopathologisch zeige sich ein gehemmt-depressives Zustandsbild (S. 11 f.). Aus der Aktenlage und den Eigenangaben des Beschwerdeführers zeige sich ein mittlerweile prolongierter Behandlungs- und Heilverlauf und eine längerdauernde und alle Lebensbereiche umfassende Störung mit erheblicher Verminderung der psychophysischen und psychosozialen Leistungsfähigkeit. Der Behandlungs- und Heilverlauf werde durch die Komorbidität zahlreicher körperlicher Beschwerden und der komorbiden depressiven Störung ungünstig beeinflusst (S. 13). Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei etabliert und angesichts des relevanten depressiven Zustandsbildes auch indiziert. Der Behandlungsrahmen sei nicht sehr eng (alle 2-3 Wochen ein Termin, medikamentös-antidepressive Therapie eher niedrig dosiert) und es sei eine Ausweitung zu erwägen (S. 14 f.). Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, in einer ruhigen, stressarmen, nicht monotonen und den körperlichen Möglichkeiten des Beschwerdeführers angepassten Tätigkeit liege eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vor (S. 16). Um die bestehende Restarbeitsfähigkeit überhaupt ausschöpfen zu können, wäre eine vorge-schaltete Belastbarkeitserprobung/Arbeitstraining angezeigt (S. 14).

Im kardiologischen Teilgutachten vom 27. Oktober 2015 (act. II 44.3) führte Dr. med. J._____, Facharzt für Kardiologie, aus, bereits 2014 sei mehrmals von einer eingeschränkten kardialen Leistungsfähigkeit gesprochen worden, dabei sei zu diesem Zeitpunkt die linksventrikuläre systolische Globalfunktion als Massgabe für die kardiale Leistungsfähigkeit immer im Normbereich gewesen. Die koronare Blut- und Sauerstoffversorgung sei mit den Eingriffen 2015 normalisiert bzw. saniert worden, in mehreren Kontrollen habe sich echokardiographisch bestätigt eine normale Globalfunktion, entsprechend einer normalen kardialen Leistung, gezeigt. Im weiteren Verlauf habe sich nun eine einerseits nach Angaben des Beschwerdeführers und andererseits auch bestätigt durch Untersuchungen zunehmende Verschlechterung der kardialen Leistungsfähigkeit dokumentiert. Dieser Sachverhalt sei aus Gutachtersicht nicht nachvollziehbar, da die linksventrikuläre Globalfunktion entsprechend der Herzleistung immer noch normal sei. Eine Erklärung für diesen Sachverhalt finde sich aus Gutachtersicht einerseits in der Polymorbidität, die beim Beschwerdeführer seit längerem beobachtet werde, und andererseits in der psychischen Erkrankung. Aus

diesem Gesichtspunkt erkläre sich die Inkonsistenz, welche sich in den Leistungstests zeige. Die als schwer (wohl: eingeschränkt) eingeschätzte Leistungsfähigkeit erkläre sich multifaktoriell (Trainingsmangel, Dekonditionierung, massives Übergewicht, depressives Zustandsbild sowie schwer eingeschränkte kardiorespiratorische Fitness; S. 5). Aus isoliert kardiologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für leichte Körperarbeit behinderungsadaptiert in Wechselbelastung unter psychiatrischem Support vollschichtig zu 100% arbeitsfähig (S. 6).

3.3.5 Dr. med. H. _____ führte im Bericht vom 24. August 2016 (act. II 50 S. 4) aus, der Beschwerdeführer leide an einem mittelgradig chronisch depressiven Zustand, einer Persönlichkeitsstörung nach langjähriger Belastung sowie einer Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastungssituation (er lebe seit 20 Jahren mit einer F-Bewilligung in der Schweiz). Aus psychiatrischer Sicht könne er lediglich drei Stunden im geschützten Rahmen bei angepasster Tätigkeit arbeiten.

3.3.6 Im Bericht vom 29. August 2016 (act. II 50 S. 5) führte der Hausarzt Dr. med. F. _____ aus, es liege auf der Hand, dass die vielen somatischen Probleme die Depression ungünstig beeinflussten. Fehlende Eigeninitiative und Adynamie seien kennzeichnend für Depressionen und könnten dem Beschwerdeführer daher nicht von der Beschwerdegegnerin vorgeworfen werden. Die Arbeitsfähigkeit sei sicherlich auch aufgrund der somatischen Beschwerden reduziert und müsste daher nochmals genauer abgeklärt werden.

3.4 Im Beschwerdeverfahren wurden insbesondere folgende Berichte eingereicht:

3.4.1 Im Bericht der Klinik K. _____ vom 18. November 2016 (act. I 7) diagnostizierten die Ärzte insbesondere eine chronische Hepatopathie bei bioptischer nichtalkoholischer Steatohepatitis F3, differentialdiagnostisch aktuell einen Verdacht auf eine Zirrhose-Entwicklung (S. 1). Beim Beschwerdeführer hätten sich bereits im April 2016 erhöhte Stiffnesswerte im Fibroscan gezeigt, welche bis zum jetzigen Zeitpunkt zugenommen hätten. Hierfür sei wahrscheinlich das metabolische Syndrom mitverantwortlich. Aufgrund der nun zweimalig progredient erhöhten elastographischen

Messwerte besprechen sie nun mit ihm die abermalige Durchführung einer Leberbiopsie zur Abklärung einer möglichen Entwicklung einer Leberzirrhose.

3.4.2 Vom 30. Januar bis 3. Februar 2017 war der Beschwerdeführer in stationär-urologischer Behandlung. Im Bericht vom 9. Februar 2017 (act. I 8) diagnostizierte Dr. med. E. _____ unter anderem eine obstruktive benigne Prostatahyperplasie Grad III. Am 30. Januar 2017 sei eine Urethrotomia interna (Harnröhrenschlitzung) sowie eine transurethrale Prostataresektion vorgenommen worden (S. 1). Der intra- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. In der Nacht sei es erneut zu einem Harnverhalt gekommen, so dass akut ein Dauerkatheter habe gelegt werden müssen. Dieser sei bei der abschliessenden Kontrolle am 8. Februar 2017 entfernt worden (S. 2).

3.4.3 Im Bericht vom 19. Januar 2018 (act. I 9) führte der Hausarzt Dr. med. F. _____ aus, in Zusammenschau mit den diversen somatischen Leiden sei es dem Beschwerdeführer nicht möglich, ein höheres Arbeitspensum zu bewältigen als 20% als

3.4.4 Dr. med. H. _____ führte im Verlaufsbericht vom 17. Januar 2018 (act. I 10) aus, der Beschwerdeführer präsentiere einen ausgeprägten Leidensdruck. Die Depressionen stünden nicht im Zusammenhang mit einer Somatisierungsstörung. Einfluss auf den stagnierenden Krankheitsverlauf habe die angeschlagene körperliche Verfassung. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 80% arbeitsunfähig.

3.5 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 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).

3.6 Das MEDAS-Gutachten vom 6. Juli 2016 (act. II 44.1 bis 44.3) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.5 hiavor) und überzeugt grundsätzlich. Insbesondere basiert die Beurteilung auf umfassenden Untersuchungen, setzt sich interdisziplinär mit den Ergebnissen der Teilgutachten auseinander, berücksichtigt die beklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Bei divergierenden Beurteilungen in den kardiologischen und psychiatrischen Bereichen wurden die anderslautenden Meinungen referiert und begründet. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Insoweit kommt ihm voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Dass es die besonderen Anforderungen an die Beweistauglichkeit von Gutachten in dem Sinne nicht erfüllt, als es nicht explizit und vergleichend Stellung zum Gesundheitszustand im hier massgeblichen Referenzzeitpunkt nimmt, schadet nicht: Die im Juli 2012 relevanten Beschwerden (vgl. E. 3.2 hiavor) sind offensichtlich teilweise nicht mehr manifest und die heutigen Leiden – insbesondere die psychiatrische und die kardiologische Problematik – sind neu, weshalb sich ein direkter Vergleich erübrigt, weil es evident ist, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verändert haben (BGer vom 26. Oktober 2017, 9C_244/2017, E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Mit den seit der ursprünglichen Verfügung vom 9. Juli 2012 (act. II 19) aufgetretenen Herzproblemen im Januar 2015 und den psychischen Be-

schwerden, die im Rahmen der kardiologischen Problematik erstmals manifest wurden, zumal im 2014 „Selbstmordgedanken“ aufgetreten seien und bis zur Aufnahme der Psychotherapie im Juli 2014 keine Behandlungen stattfanden (act. II 44.2 S. 2; 29 S. 11), liegen – wie bereits ausgeführt – neu aufgetretene revisionsrechtlich erhebliche gesundheitliche Veränderungen vor, weshalb der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung frei und uneingeschränkt zu prüfen ist (vgl. E. 2.6 hiavor).

3.7

3.7.1 Betreffend den somatischen Gesundheitszustand wurde im MEDAS-Gutachten nachvollziehbar ausgeführt, dass aus internistischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehen (act. II 44.1 S. 13 ff.). Aus den im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen (act. I 7 und 8) geht zudem nicht hervor, dass die Zirrhose-Entwicklung oder die Prostataprobleme Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben (vgl. E. 3.4.1 f. hiavor).

3.7.2 In kardialer Hinsicht hat der Fachgutachter nachvollziehbar begründet, dass die kardiale Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers immer im Normbereich gewesen und die koronare Blut- und Sauerstoffunterversorgung mit den Eingriffen im Jahre 2015 behoben worden ist (act. II 44.3 S. 5). Die von den behandelnden Ärzten festgestellte schwer eingeschränkte Leistungsfähigkeit (act. II 29 S. 6 ff.; S. 10) betreffend hat er in schlüssiger Weise aufgezeigt, dass diese multifaktoriell bedingt ist (Trainingsmangel, Dekonditionierung, massives Übergewicht, depressives Zustandsbild sowie schwer eingeschränkte kardiorespiratorische Fitness; act. II 44.3 S. 5). Vor diesem Hintergrund überzeugt die aus isoliert kardiologischer Sicht attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Körperarbeit in Wechselbelastung (act. II 44.3 S. 6).

3.8

3.8.1 Betreffend den psychischen Gesundheitszustand hat der psychiatrische Gutachter dargelegt, weshalb er mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) diagnostiziert hat und dass deshalb in einer ruhigen, stressarmen, nicht monotonen und den körperlichen Möglichkeiten des Beschwerdeführers angepassten

Tätigkeit nur noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vorliegt (act. II 44.2 S. 16). Dies deckt sich in diagnostischer Hinsicht im Grundsatz auch mit der Einschätzung von Dr. med. H._____, welche im Juli 2015 von einem schweren und im August 2016 von einem mittelschweren depressiven Geschehen ausging (act. II 29 S. 11; 50 S. 4).

3.8.2 Soweit die Beschwerdegegnerin auf den Umstand verweist, wonach Dr. med. H._____ über keinen Facharztstitel verfüge und die Frage aufwirft, ob die Therapie überhaupt lege artis durchgeführt werde (Stellungnahme vom 5. Januar 2018), steht fest, dass Dr. med. H._____ zwar Mitglied der FMH ist, jedoch über keinen Facharztstitel verfügt (vgl. <https://www.doctorfmh.ch/>). Zudem ist sie im Medizinalberuferegister (abrufbar unter www.medregom.admin.ch) nicht verzeichnet. Sie arbeitet in der Praxis des Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Den von ihr unterzeichneten Berichten ist nicht grundsätzlich zum Vornherein jeglicher Beweiswert abzusprechen, es kann aber mangels formell ausgewiesenem Facharztstitel nicht unbesehen darauf abgestellt werden. Daran ändert die Zusammenarbeit mit Dr. med. L._____ nichts, zumal dieser sein Arztdiplom 1963 (laut Medizinalberuferegister) erworben und demnach das Pensionsalter offenkundig weit überschritten hat. Unter diesen Umständen können Zweifel bestehen, ob der Beschwerdeführer sich in adäquater psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung befindet (act. II 29 S. 11; 50 S. 4; act. I 10).

3.9 Mit den Urteilen BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, die bisherige Rechtsprechung aufzugeben und auch die Folgen von lege artis diagnostizierten leichten bis mittelschweren depressiven Störungen entsprechend dem in BGE 141 V 281 festgelegten strukturierten Beweisverfahren zu beurteilen (vgl. E. 2.3 hiervor). Somit ist eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht bereits mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen (BGE 143 V 409 E. 4.5 und 5.1 S. 416 ff.). Das psychiatrische Teilgutachten (act. II 44.2) vermag dem neu auch auf Fälle von leichten und mittleren depressiven Störungen anzuwendenden strukturierten Beweisverfahren bzw. den darin umschriebenen Indikatoren weitgehend zu genügen, weshalb auch nach der neuen Rechtsprechung grundsätzlich

darauf abgestellt werden kann (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 27. Dezember 2017, 9C_845/2016 E. 3.5.1).

Die durch den psychiatrischen Gutachter vorgenommene Konsistenzprüfung weist dennoch teilweise Unklarheiten auf. So äussert er sich nicht einlässlich zu den vielfältigen psychosozialen Umständen. Es erfolgt keine Auseinandersetzung mit der offenkundig seit je fehlenden hinreichenden Integration in den Arbeitsmarkt in der Schweiz. Ob das Gutachten den Konsistenzanforderungen genügt, kann letztlich aber offengelassen werden (vgl. E. 4 hiernach).

Ob der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.11) nach dem Gesagten tatsächlich invalidisierende Wirkung zukommt, kann hier ebenso offen gelassen werden: Selbst wenn auf die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% abgestellt würde, bestünde in einer angepassten Tätigkeit kein Rentenanspruch (vgl. E. 4 hiernach).

4.

4.1 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; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Nicht massgebend ist, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59, 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53). Ist aufgrund der Umstände des Einzelfalles anzunehmen, dass die versicherte Person sich ohne gesundheitliche Beeinträchtigung voraussichtlich dauernd mit einer bescheidenen Erwerbstätigkeit begnügen würde, so ist darauf abzustellen, auch wenn sie an sich besser entlöhnte Erwerbsmöglichkeiten hätte (BGE 125 V 146 E. 5c bb S. 157).

4.2 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 den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (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).

4.3 Dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in den Jahren 2008 bis 2011 nur den Mindestbeitrag abgerechnet hat (act. II 47 S. 2), wobei dieser durch das Gemeinwesen bezahlt worden ist. Seit 2012 ist ein Einkommen von rund Fr. 10'000.— ausgewiesen, welches aus der Tätigkeit des Beschwerdeführers als ... bei der ... stammt (act. II 17 S. 2 f.).

In der Invalidenversicherung ist das versicherte Risiko die Erwerbsinvalidität, die von der effektiven, gesundheitlich bedingten Erwerbseinbusse abhängt. Eine teilerwerbstätige versicherte Person ohne Aufgabenbereich erleidet eine gesundheitlich bedingte Erwerbseinbusse lediglich im Rahmen des versicherten Bereiches, der dem (hypothetischen) Beschäftigungsgrad entspricht (Entscheid des BGer vom 1. Mai 2016, 9C_178/2015 E. 7.1).

Mit Verfügung vom 9. Juli 2012 (act. II 19) wurde rechtskräftig festgestellt, dass beim Beschwerdeführer kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. Bis zu diesem Zeitpunkt hat der 1998 in die Schweiz eingereiste Beschwerdeführer somit aus invaliditätsfremden Gründen nur ein sehr geringes Einkommen erzielt. Es ist deshalb ohne weiteres davon auszugehen, dass er sich ohne Gesundheitsschaden weiterhin mit einer bescheidenen Erwerbstätigkeit begnügen würde (vgl. E. 4.1 hiervor). Damit steht überwiegend wahrscheinlich fest, dass er infolge des geringen Valideneinkommens auch ohne Durchführung von beruflichen Massnahmen ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könnte, selbst wenn auf die gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeit von 50% abgestellt würde.

4.4 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 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. Im vorliegenden Fall sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und - unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege - dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist ihm keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

5.3 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 Voraussetzungen kann einer Partei überdies 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). Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (act. I 2). Zudem kann das Verfahren als nicht von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist demnach gutzuheissen. Somit ist der Beschwerdeführer - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) i.V.m. Art. 113 VRPG - von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien. Mit Eingabe vom 10. November 2016 (in den Gerichtsakten) hat er ausdrücklich darauf hingewiesen, dass er nicht vertreten wird.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Prozessführung wird der Beschwerdeführer - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO - jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - A. _____ (samt Eingabe der IVB vom 27. März 2018)
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 20. März 2018)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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