

200 16 772 IV
SCJ/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Dezember 2016

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch B. _____, MLaw C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. Juni 2016



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Jahr 2008 unter Hinweis auf diverse bei einem Autounfall zugezogene Verletzungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zuerst zur Früherfassung, dann zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 1; 4 S. 73; 9). Die IVB klärte den erwerblichen und medizinischen Sachverhalt ab und holte insbesondere die Akten des obligatorischen Unfallversicherers ein (act. II 4; 15; 49.1 ff.). Im Oktober 2009 erteilte sie Kostengutsprache für berufliche Massnahmen im Rahmen einer Ausbildung zum Gastronomieunternehmer (act. II 41), welche der Versicherte mit dem Erwerb des bernischen Fähigkeitsausweises für Gastwirte im Herbst ... erfolgreich abschloss (act. II 71 S. 2; 72). In der Folge holte die IVB weitere Arztberichte, insbesondere ein vom Unfallversicherer bei der MEDAS in Auftrag gegebenes polydisziplinäres Gutachten (Expertise vom 10. Juni 2011 [act. II 91.2 ff.]) sowie einen ärztlichen Bericht (act. II 93 S. 3 ff.) von Dr. med. D. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Anästhesiologie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), ein. Mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 16. Mai 2012 (act. II 98 S. 2 ff.) sprach die IVB dem Versicherten eine vom November 2008 bis Ende Dezember 2009 befristete ganze Invalidenrente zu und verneinte einen weiteren Rentenanspruch ab Januar 2010 (S. 6).

B.

Im September 2015 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an, wobei er unter Hinweis auf einen Bericht seiner Hausärztin, Dr. med. E. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, geltend machte, sein Gesundheitszustand habe sich aufgrund einer Kardiopathie und einer Schulterverletzung rechts deutlich verschlechtert (act. II 102 S. 2). Die IVB zog Berichte der behandelnden Ärzte bei und holte bei der RAD-Ärztin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Allgemeine

Innere Medizin FMH, einen ärztlichen Bericht ein (act. II 113 S. 3 ff.). Mit Vorbescheid vom 5. Februar 2016 (act. II 117) stellte sie dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 10% die Abweisung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Nachdem der Versicherte dagegen Einwand erhoben und unter Hinweis auf diverse ins Recht gelegte Arztberichte geltend gemacht hatte, er leide an einer sehr schweren obstruktiven Ventilationsstörung COPD (chronic obstructive pulmonary disease) GOLD IV (act. II 118 S. 1), welche bei den Abklärungen nicht berücksichtigt worden sei, holte die IVB bei Dr. med. F. _____ (RAD) eine Stellungnahme (act. II 123) sowie – nachdem Dr. med. E. _____ ihrerseits weitere Arztberichte eingereicht hatte (act. II 124) – eine zusätzliche Beurteilung in Form einer Aktennotiz (act. II 125) ein. Nach erneuter Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 127; 130) verneinte die IVB mit Verfügung vom 30. Juni 2016 (act. II 132) einen Anspruch auf eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 20%.

C.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch MLaw C. _____ vom B. _____, mit Eingabe vom 31. August 2016 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 30. Juni 2016 aufzuheben und es sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung einer externen medizinischen Begutachtung zurückzuweisen.
2. Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

- unter Entschädigungsfolge -

In der Begründung macht der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, die Berichte von Dr. med. F. _____ – welche als Allgemeinmedizinerin nicht über die fachlichen Voraussetzungen für die Beurteilung der vorliegenden insbesondere kardialen und pulmonalen Gesundheitsbeeinträchtigungen verfüge – seien mit Blick auf die diversen Berichte von Dr. med. G. _____, Facharzt für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, widersprüchlich und unvollständig, womit ihnen kein hinreichender Beweiswert zukomme und der Sachverhalt von der IVB im Rahmen einer externen medizinischen Begutachtung neu abzuklären sei.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2016 reicht die IVB eine weitere Aktennotiz von Dr. med. F. _____ vom 12. September 2016 (act. II 135) zu den Akten und beantragt die Abweisung der Beschwerde, unter Auferlegung der Verfahrenskosten zu Lasten des Beschwerdeführers. In der Begründung macht die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen geltend, die Stellungnahmen von Dr. med. F. _____ basierten auf ausführlichen Befunden des Pneumologen sowie der anderen behandelnden Ärzte, weshalb auf die Beurteilung der RAD-Ärztin abgestellt werden könne.

Mit Eingabe vom 19. Oktober 2016 verzichtete der Beschwerdeführer auf eine Stellungnahme zur Aktennotiz von Dr. med. F. _____ vom 12. September 2016 sowie zur Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2016.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege

vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 30. Juni 2016 (act. II 132). 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).

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). 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 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.

2.3

2.3.1 Tritt die Verwaltung auf eine Neuanschuldung 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; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). 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 Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.3.2 Anlass zur Rentenrevidierung gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist u.a. bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

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

2.4 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).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss gekommen ist, es bestehe aufgrund eines zu geringen Invaliditätsgrades kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügung vom 16. Mai 2012 (act. II 98 S. 2 ff.) – mit der für den Zeitraum vom 1. November 2008 bis 31. Dezember 2009 eine befristete ganze Invalidenrente zugesprochen worden ist – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 30. Juni 2016 (vgl. E. 2.3.3 vorne).

3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 16. Mai 2012 stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den ärztlichen Bericht von Dr. med. D. _____ (RAD) vom 22. September 2011 ab (act. II 93 S. 3 ff.), welchem seinerseits das MEDAS-Gutachten vom 10. Juni 2011 zugrunde lag.

3.2.1 Im zuhanden des Unfallversicherers erstellten MEDAS-Gutachten vom 10. Juni 2011 (act. II 91.2 ff.) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 91.2 S. 24 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0)
2. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, Goldstadium II)
3. Schweres obstruktives Schlafapnoe- und Adipositas-Hyperventilations-Syndrom
4. Unklare rezidivierende Bewusstlosigkeitszustände, DD möglicher ichtaler Genese

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Adipositas BMI 46.2kg/m², Diabetes mellitus Typ 2
2. Unklare Synkopen ohne Hinweise auf Herzrhythmusstörungen

3. Emotional instabile Persönlichkeitszüge ohne das eindeutige Vorliegen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung
4. Status nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma vom ... im Rahmen eines Polytraumas, keine Folgen
5. Kryptogene Epilepsie mit sehr seltenen generalisierten Anfällen
6. Status nach ischämischem Insult ... 2010
7. Episodischer Spannungskopfschmerz mit teils migränoiden Anteilen
8. Myofaszielles Beschwerdesyndrom im Schultergürtelbereich/geringes Thoracicoutlet-Syndrom mit zeitweiliger Parästhesie der Hände
9. Rumpfmuskuläres Globaldefizit, Minderbeweglichkeit und Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule und des Rumpfes bei Adipositas permagna
10. Status nach operativ versorgter Oberschenkelschaft- und Schenkelhalsfraktur rechts mit assoziierter Femurkopfnekrose und Hüft-TEP-Implantation im ... 2009 mit nur gering eingeschränkter statischer Belastbarkeit des rechten Beines
11. Dekompensierte Platt-Knick-Spreizfussdeformität beidseits mit leichtgradigem vorderen Tarsaltunnelsyndrom links
12. Chronisch venöse Insuffizienz und Status nach Beinvenenthrombose rechts, Notwendigkeit des Tragens von Oberschenkelkompressionsstrümpfen

Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht habe der Beschwerdeführer am ... eine Oberschenkelschaft- und Oberschenkelhalsfraktur rechts erlitten. Nach Abschluss sämtlicher orthopädisch traumatologischer Rehabilitationsmassnahmen gelte das erreichte Ergebnis als günstig. Die wiederhergestellte Beweglichkeit und Belastbarkeit der rechten Hüfte sowie des gesamten rechten Beines sei mehr als zufriedenstellend. Eine interkurrent aufgetretene posttraumatische tiefe Beinvenenthrombose habe eine dauerhaft verbleibende chronisch venöse Insuffizienz entwickelt, welche einer dauerhaften Kompressionsbehandlung bedürfe; der Beschwerdeführer trage nunmehr beidseits Oberschenkelkompressionsstrümpfe. Der Beschwerdeführer sei in der statischen Belastbarkeit des rechten Beines und in seiner Gehfähigkeit nur noch residuell beeinträchtigt. Der überwiegende Anteil der Beeinträchtigungen der allgemeinen Mobilität und Gehfähigkeit gehe zu Lasten der vollständig unfallunabhängigen und bereits vorbestehenden eingehend dokumentierten internistisch-kardiologischen und internistisch-pneumologischen Befunde und Diagnosen. In neurologischer Hinsicht beständen unklare rezidivierende Bewusstlosigkeitszustände und

in psychiatrischer Hinsicht eine rezidivierende depressive Störung, die jeweils nicht vollständig remittiert bzw. chronifiziert sei und leichte depressive Episoden hinterlasse (S. 25 f.). Sodann verhalte es sich aus internistisch-kardiologischer und pneumologischer Sicht wie folgt: Die im Rahmen der festgestellten Multimorbidität weit führenden Befunde und Diagnosen einer COPD Goldstadium II sowie eines schweren obstruktiven Schlafapnoe- und Adipositas-Hyperventilations-Syndroms ständen der Wiederaufnahme der zum Unfallzeitpunkt versicherten Tätigkeit als Servicetechniker/Verkaufs- und Kundendienstmonteur im Staubsaugervertrieb entgegen. Sowohl internistisch-kardiologisch als auch internistisch-pneumologisch seien dem Beschwerdeführer nur noch sitzende Tätigkeiten bei einwandfreier lufthygienischer Umgebung zuzumuten (S. 27).

3.2.2 Im ärztlichen Bericht vom 22. September 2011 (act. II 93 S. 3 ff.) übernahm die RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ die im Rahmen der MEDAS-Begutachtung gestellten Diagnosen, attestierte indes einzig der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0), eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die COPD (Goldstadium II), das schwere obstruktive Schlafapnoe- und Adipositas-Hyperventilations-Syndrom sowie die unklaren rezidivierenden Bewusstlosigkeitszustände, DD möglicher iktaler Genese, subsumierte Dr. med. D. _____ hingegen unter die Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. S. 4 Ziffern 2 und 13 f.). Ein Pensum von 100% für eine leichte (<10kg Heben/Tragen) wechselbelastende Tätigkeit, überwiegend sitzend, ohne häufiges Heben/Tragen von Lasten, unter Vermeidung von Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr (auf Leitern/Gerüsten, an gefährlichen Maschinen), unter Vermeidung von Zwangshaltungen wie Knien/Hocken/Kauern, ohne längeres Sitzen/Stehen/Gehen, ohne häufiges Treppensteigen mit der Möglichkeit des Einlegens von individuellen Pausen, sei zumutbar. Die im Gutachten genannte „einwandfreie lufthygienische Umgebung“ sei nur gleichzeitig mit absoluter Nikotinkarenz einzufordern. Aufgrund des genannten psychiatrischen Gesundheitsschadens sei von einer Leistungsminderung bei vollzeitiger angepasster Tätigkeit von 20% auszugehen (S. 6).

3.3 Für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung vom 16. Mai 2012 und der hier angefochtenen Verfügung vom 30. Juni 2016 präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Vom bis April 2015 war der Beschwerdeführer im Spital H._____ hospitalisiert. Im entsprechenden Bericht vom 28. April 2015 (act. II 109 S. 36-38) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei bei neu aufgetretenem thorakalem Engegefühl und einer ausgeprägten Belastungsdyspnoe bei geringer Anstrengung zugewiesen worden (S. 36). In der aktuellen Herzkatheteruntersuchung zeige sich als mögliches Korrelat für die Beschwerden eine koronare Kardiopathie. Man finde eine signifikante Stenose im mittleren Teil des RIVA; diese werde mittels direkter Implantation eines mit einem Medikament beschichteten Stents mit gutem Resultat behandelt. Der Beschwerdeführer habe beschwerdefrei nach Hause entlassen werden können (S. 37).

3.3.2 Im Bericht des Spitals I._____, Orthopädische Klinik, vom 14. Juli 2015 (act. II 109 S. 27-29) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei zwecks Klärung des weiteren Vorgehens nach einem Sturz auf die rechte Schulter am ... 2015 und seither persistenten, v.a. belastungs- und bewegungsabhängigen Beschwerden neu zugewiesen worden. Der Beschwerdeführer gebe zudem an, am ... 2015 noch auf die linke Schulter gestürzt zu sein und seither auch hier Schmerzen entwickelt zu haben (S. 28). Das Arthro-MRI der rechten Schulter vom 2. Juli 2015 (S. 30) habe eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne im vorderen distalen Aspekt ergeben (S. 29).

3.3.3 Am 18. August 2015 wurde dem Beschwerdeführer bei diagnostiziertem Sick-Sinus-Syndrom ein Herzschrittmacher implantiert (act. II 109 S. 14). Die nachfolgenden radiologischen Untersuchungen hätten sowohl eine korrekte Lage der Elektroden, als auch eine normale Funktion des implantierten Pacemakers gezeigt (act. II 109 S. 10).

3.3.4 Am 28. August 2015 trat der Beschwerdeführer ins psychiatrische Ambulatorium des Spitals I._____ ein. Im entsprechenden (undatierten) Verlaufsbericht (act. II 109 S. 16-18) wurde eine rezidivierende depressive Störung mit zurzeit mittelschwerer Episode (ICD-10 F33.1) bei Zeichen

einer posttraumatischen Belastungsstörung, psychosozialer Belastungssituation, protrahierter und durch Komplikationen erschwerter Rehabilitation durch Autounfall sowie chronischen Schmerzen im rechten Bein diagnostiziert (S. 17). Der Beschwerdeführer sei im Juni dieses Jahres geschieden worden, weswegen er in die Schweiz zurückgekehrt sei. Die letzten drei Jahre habe er in ... gelebt. Er plane am 13. September nach ... zurückzukehren, wo er eine Rinderfarm betreibe. Er habe letztes Jahr durch ein Hochwasser 450 Rinder verloren. Er befürchte, dass er aufgrund seiner körperlichen Erkrankungen immer weniger selbst mitanpacken könne. Neben der depressiven Stimmung sei er zunehmend auch gereizt und aggressiv. Finanziell sei er zurzeit vom Sozialamt abhängig. Bei dem Gedanken, er könne vielleicht eine Rente erhalten, schöpfe er Hoffnung. Im Dezember wolle er dann wieder in die Schweiz kommen und bis März 2016 bleiben (S. 16).

3.3.5 Mit Bericht vom 31. August 2015 (act. II 102 S. 2) hielt Dr. med. E._____ fest, seit dem Jahr 2011 habe sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers deutlich verschlechtert. Es bestehe eine kombinierte hypertensive, koronare und rhythmogene Kardiopathie. Die wegen rezidivierenden Bewusstlosigkeiten erfolgten Stürze hätten in eine schwere Schulterverletzung rechts gemündet. Aktuell sei der Beschwerdeführer von kardialer Seite knapp kompensiert, zu erneuten Bewusstlosigkeiten sei es nicht mehr gekommen. Aus ärztlicher Sicht sei aktuell schwer vorstellbar, dass er in den nächsten Monaten wieder eine geregelte Arbeitstätigkeit aufnehmen könne.

3.3.6 Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt mit Bericht vom 4. November 2015 (act. II 109 S. 2-7) fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Objektiv bestehe eine schwer einstellbare Herzinsuffizienz, eine ausgeprägte Dekonditionierung mit Adipositas permagna sowie ein ausgeprägtes depressives Zustandsbild (S. 2). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 8. Juni bis 7. September 2015. Seither sei der Beschwerdeführer wiederum nach ... verreist (S. 3).

3.3.7 Vom 11. bis 16. Dezember 2015 war der Beschwerdeführer im Spital I._____ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom

18. Dezember 2015 (act. II 124 S. 18-20) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer berichte über chronische Dyspnoe; seit 10 Tagen habe er auch Ruhedyspnoe, massiven Husten und gelben Auswurf. Laborchemisch habe sich eine respiratorische Globalinsuffizienz gezeigt, welche als multifaktoriell im Rahmen eines Adipositas-Hyperventilationssyndroms, obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms, einer diastolischen Funktionsstörung sowie einer COPD bei persistierendem Nikotinabusus zu interpretieren sei. Eine COPD sei beim Beschwerdeführer seit Jahren bekannt; dennoch sei er selten beim Hausarzt und seit 2011 nicht mehr beim Pneumologen gewesen; die CPAP-Therapie (Continuous Positive Airway Pressure) habe er selber abgebrochen. Klinisch und konventionell-radiologisch habe sich eine leichte Herzdekompensation gezeigt; eine Schrittmacherkontrolle habe keine Funktionsstörung ergeben (S. 19).

3.3.8 Mit ärztlichem Bericht vom 18. Januar 2016 (act. II 113 S. 3 ff.) hielt Dr. med. F. _____ (RAD) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Herzschrittmacherimplantation und nach Coronar-stent („Pumpfunktion des Herzens gemäss Kardiologie nicht eingeschränkt“), einen Status nach Hüftprothese rechts, eine COPD Grad II „bei starkem Raucher“ sowie einen Supraspinatussehnenriss rechts fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. med. F. _____ eine Adipositas permagna – diese verursache die Leistungsminderung immer noch am stärksten, sei aber nicht „IV-versichert“ – sowie depressive Verstimmungen wechselnden Grades bei ansonsten risikobereitem und unternehmensfreudigem Menschen (S. 7 f.). Bezüglich Herz habe sich die Situation nach vorübergehender Verschlechterung mit Coronarstenose und Rhythmusstörung insgesamt leicht verbessert. Die Herzfunktion sei systolisch gut, die Leistungsfähigkeit allenfalls gering eingeschränkt, allerdings eher von Seiten der Atmung und der Adipositas als vom Herzen. Die Lunge sei durch das langjährige Rauchen mässig geschädigt (COPD Grad II), der Rauchstopp werde trotz vielfacher Empfehlung nicht eingehalten. Hinsichtlich der Schulter rechts bestehe ein Riss der Supraspinatussehne. Die Läsion wirke sich nur beim Tragen von Lasten über der Horizontalen oder bei stossender Bewegung hinter den Körper aus. Sodann sei der Beschwerdeführer mit einem BMI von mindestens 42 nach wie vor sehr adipös. Dadurch sei er – im Zusammenspiel mit der „Raucherlun-

ge“ – körperlich nicht so leistungsfähig. Mit Bezug auf das rechte Bein sei die Prothese stabil und Schmerzen würden nicht mehr geklagt. Hier sei eine Besserung eingetreten. In psychischer Hinsicht werde aktuell von einer mittelgradigen depressiven Episode berichtet. Der beschriebene Psychostatus und die Medikation passten jedoch nicht dazu, habe er doch Pläne (Rückkehr nach ...) geäußert. Es liege über längere Zeit gesehen sicher keine Depression von mittlerem Grad vor (S. 7). Zum bisherigen Zumutbarkeitsprofil (act. II 93 S. 6) komme eine Einschränkung wegen der Schulter rechts hinzu: So seien Arbeiten über der oberen Brusthöhe und Tätigkeiten, bei denen durch starkes Stossen nach hinten gearbeitet werden müsse, nicht mehr zumutbar. Die Tätigkeit als Wirt sei auch mit dieser weiteren Einschränkung grundsätzlich weiterhin zumutbar (act. II 113 S. 8).

3.3.9 Dr. med. G._____ diagnostizierte mit Bericht vom 21. Januar 2016 (act. II 118 S. 11 f.) im Wesentlichen eine COPD GOLD IV, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, eine hypertensive und koronare Herzkrankheit, ein Sick-Sinus-Syndrom sowie einen Diabetes mellitus. Zurzeit leide der Beschwerdeführer bereits in Ruhe unter einer Kurzatmigkeit. Sitzend bestehe eine deutlich erhöhte Einschlaf tendenz (S. 11). Für mittlere und schwere körperliche Arbeiten müsse von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (act. II 118 S. 8).

3.3.10 Vom 9. bis 15. Februar 2016 war der Beschwerdeführer im Spital H._____ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 15. Februar 2016 (act. II 124 S. 13-17) wurde festgehalten, polygraphisch habe sich eine schwergradige obstruktive Schlafapnoe ohne Lageabhängigkeit mit hauptsächlich obstruktiven Apnoen und Hypopnoen mit Desaturation gezeigt. Zusätzlich habe sich eine nächtliche Hypoxämie präsentiert; in den arteriellen Blutgasanalysen habe tagsüber und frühmorgendlich eine respiratorische Globalinsuffizienz bestanden, so dass die alveoläre Hypoventilation habe bestätigt werden können. Es sei eine stationäre BiPAP-Einschulung (Bilevel Positive Airway Pressure) erfolgt. Der Beschwerdeführer sei wiederholt über die aktuell fehlende Fahr-/Flugtauglichkeit informiert sowie zum Rauchstopp motiviert worden. Die rezidivierenden Synkopen persistierten trotz implantiertem Pacemaker und träten v.a. beim Husten auf. Im Schädel-CT mit Angiographie habe sich

keine Blutung/Ischämie oder erklärende Gefässstenose gezeigt. Der Schrittmacher funktioniere einwandfrei. Die Synkopen seien daher am ehesten im Rahmen der Druckerhöhung intrathorakal bei starkem Husten und schwerer pulmonaler Hypertonie zu erklären (S. 15).

3.3.11 Mit Stellungnahme vom 2. März 2016 (act. II 123 S. 2 ff.) hielt Dr. med. F. _____ (RAD) fest, der Gesundheitszustand habe sich aufgrund der neuen (in E. 3.3.9 und 3.3.10 genannten) Berichte nochmals ein wenig verschlechtert, insbesondere in Bezug auf die Lunge. Zu bemerken sei jedoch, dass der Beschwerdeführer das Rauchen nicht aufgegeben habe, sondern wieder mehr rauche. Ausserdem habe er gemäss Akten in knapp einem Jahr (seit April 2015) 25kg an Gewicht zugenommen. Diese beiden Faktoren seien es vor allem, welche die Lunge in der Erfüllung ihrer Funktion beeinträchtigten, und sie seien korrigierbar (S. 3). Mit Bezug auf das Zumutbarkeitsprofil erachtete Dr. med. F. _____ eine ganztägige Anwesenheit als zumutbar, sofern die Dauerleistung nicht über näher umschriebene Belastungsgrenzen hinausgehe. Der Rauchstopp sei unbedingt einzuhalten, das Gewicht zu reduzieren und die CPAP-Maske mit Gerät nachts zu verwenden (S. 4).

3.3.12 Am 30. März und 1. April 2016 erfolgte im Spital H. _____ eine Kontrolle der BiPAP. Im entsprechenden Bericht vom 31. März 2016 (act. II 124 S. 9-12) wurde festgehalten, es bestehe prinzipiell eine Indikation zur zusätzlichen nächtlichen Sauerstoff-Substitution via BiPAP; dies werde vom Beschwerdeführer in ... mit einem Lungenfacharzt reevaluiert. Ein Rauchstopp sei empfohlen; aktuell bestehe kein Interesse seitens des Beschwerdeführers. Auch eine Gewichtsreduktion werde empfohlen.

3.3.13 Dr. med. J. _____ hielt im Bericht vom 2. Mai 2016 (act. II 124 S. 2-7) fest, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage ab 18. April 2016 bis auf Weiteres 100%. Die körperlichen Einschränkungen ergäben sich aus den kardialen und pulmonalen Diagnosen mit vollständig aufgehobener Leistungsfähigkeit im beruflichen Sinne. Weder die bisherige noch anderweitige Erwerbstätigkeiten seien zumutbar (S. 3).

3.3.14 Mit Aktennotiz vom 9. Mai 2016 (act. II 125) hielt Dr. med. F._____ (RAD) fest, das Zumutbarkeitsprofil, wie es am 2. März 2016 formuliert worden sei, sei weiterhin gültig, wenn auch noch etwas eingeschränkter. Körperliche Anstrengungen seien wirklich nur noch in minimalem Rahmen möglich. Die aus psychischen Gründen attestierte 20%ige Leistungseinbusse lasse sich zwar nicht (mehr) erkennen, andererseits gebe es jedoch auch keine sicheren Anhaltspunkte für eine Verbesserung in dieser Hinsicht (S. 2).

3.3.15 Mit Bericht vom 4. Juli 2016 (act. II 134 S. 17) hielt Dr. med. G._____ fest, die Beurteilung von Dr. med. F._____ (RAD), wonach die Lungenfunktion durch das Gewicht sowie das Rauchen beeinträchtigt werde und korrigierbar sei und es sich nicht um eine relevante organische Verschlechterung handle, sondern darum, dass das gesundheitliche Verhalten die Situation gezielt verschlechtere habe, sei nicht haltbar, da die Lungenfunktionsmessung eine eindeutige Verschlechterung zeige, welche durch Verhaltensmassnahmen nicht korrigiert werden könne, insbesondere da es sich um eine COPD handle, die definitionsgemäss als irreversibel gelte. Durch einen Rauchstopp könne einzig eine weitere Progredienz respektive weitere Verschlechterung der Lungenfunktionswerte verhindert werden. Im Weiteren sei die pulmonale arterielle Hypertonie eine wesentliche Ursache für eine Ruhe- und Anstrengungsdyspnoe, wozu Dr. med. F._____ keine Stellung beziehe. Insgesamt sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unvollständig respektive seien nicht alle Teilaspekte berücksichtigt oder zumindest richtig interpretiert worden.

Mit Bericht vom 17. August 2016 (act. II 134 S. 18) hielt Dr. med. G._____ fest, aufgrund der COPD GOLD IV sowie der schwer verminderten Diffusionskapazität (56%) erachte er den Beschwerdeführer nur für leichte Arbeiten – und insoweit maximal zu 50% – als arbeitsfähig. Erschwerend dürfe zusätzlich die im Dezember 2015 nachgewiesene pulmonal arterielle Hypertonie sein, bei welcher es ebenfalls bei bereits geringer Belastung zu Atemnot kommen könne.

3.3.16 In ihrer Beurteilung vom 12. September 2016 (Aktennotiz; act. II 135) hielt Dr. med. F._____ (RAD) fest, die klinische Bedeutung der pulmonal arteriellen Hypertonie sei nicht eindeutig gegeben. Klar sei jedoch

nach wie vor, dass die deutliche Adipositas und die bronchiale Obstruktion bei fortgesetztem Rauchen die Atmung behinderten; beides sei zumindest in einem gewissen Grad reversibel.

3.4

3.4.1 Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283).

3.4.2 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.4.3 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).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Auf das Ergebnis von RAD-Berichten kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. Oktober 2014, 8C_197/2014, E. 4.2).

3.5 Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 30. Juni 2016 (act. II 132) für die Beurteilung der Invalidität auf das von Dr. med. F._____ umschriebene, ausschliesslich auf den Akten basierende Zumutbarkeitsprofil im Bericht vom 2. März 2016 (act. II 123 S. 2 f.) ab. Danach müsse die Arbeit überwiegend sitzend sein bzw. dürfe einen Anteil von ca. einem Drittel Stehen oder in einem Radius von wenigen Metern Herumgehen umfassen. Treppen steigen sei nur ausnahmsweise zumutbar und bedürfe eines vermehrten Zeitaufwands. Gewichte zwischen 5 und 10kg könnten hie und da über wenige Meter getragen werden, danach sei aber eine Verschnaufpause nötig. Gewichte unter 5kg könnten im Rahmen des üblichen Stehens und Herumgehens (bis 1/3 der Zeit) zugemutet werden. Gewichte über 10kg sollten vermieden werden. Arbeiten über Brusthöhe und mit Stossen nach hinten seien zu vermeiden. Eine 20%ige Einbusse der Leistung sei aus psychischen Gründen attestiert worden; diese Leistungsminderung, in Form von Pausen und/oder langsamerem Arbeiten diene gleichzeitig der geringeren körperlichen Anstrengung und trage so der Atemminderung Rechnung. Die Anwesenheit sei ganztags zumutbar, sofern die Dauerleistung nicht über die hier formulierte Belastung hinausgehe (S. 4). Dieses Zumutbarkeitsprofil bestätigte Dr. med. F._____ in ihren Aktennotizen vom 9. Mai und 12. September 2016 dem Grundsatz nach, fügte jedoch hinzu, es gelte „noch etwas eingeschränkter“ (act. II 125; 135).

3.6 Die zahlreichen medizinischen Berichte zeigen, dass der Beschwerdeführer seit geraumer Zeit an diversen gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet (vgl. E. 3.2 f.). Mit Bezug auf den vorliegend massgeblichen und sich ab dem Zeitpunkt der Neuanschuldung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung erstreckenden Beurteilungszeitraum stehen Lungenbeschwerden bzw. eine damit einhergehende Atemnot klar im Vordergrund.

3.6.1 Insoweit folgt aus den Akten, dass sich seit der Zusprechung der bis Ende 2009 befristeten Invalidenrente im Mai 2012 respektive im weiteren Verlauf seit der Neuanschuldung im September 2015 die COPD vom Stadium GOLD II offenbar zu GOLD IV verschlechterte (act. II 91.2 S. 24; 118 S. 11; 124 S. 13), wobei der Unterschied zwischen den beiden Krankheitsstadien beträchtlich ist (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage 2007, S. 368). Dr. med. F. _____ stellt dies in ihren diversen Berichten nicht in Abrede und anerkennt namentlich das Vorliegen einer respiratorischen Globalinsuffizienz (vgl. act. II 123 S. 3). Indes macht sie insoweit geltend, die Lungenfunktion sei durch eine Gewichtsreduktion und einen Rauchstopp positiv beeinflussbar. Inwieweit dies zutrifft, lässt sich aufgrund der Akten allerdings nicht zuverlässig beurteilen. In der Tat handelt es sich bei der COPD um eine nicht vollständig reversible Krankheit (vgl. PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 367), worauf denn auch der behandelnde Pneumologe, Dr. med. G. _____, hinweist und sich gleichzeitig auf den Standpunkt stellt, dass ein Rauchstopp einzig eine weitere Progredienz respektive weitere Verschlechterung der Lungenfunktionswerte verhindern könne. Hinzu kommt, dass gemäss Dr. med. G. _____ auch die pulmonale arterielle Hypertonie eine wesentliche Ursache für die Ruhe- und Anstrengungsdyspnoe darstellt (act. II 134 S. 17), wozu sich Dr. med. F. _____ erstmals in der Aktennotiz vom 12. September 2016 (act. II 135 S. 1) äusserte: Darin räumt die RAD-Ärztin ein, dass es sich dabei um eine an sich wichtige Diagnose handle. Weiter hielt sie fest, dass die Messung einen erhöhten Druck im Lungenkreislauf ergeben habe, woraus die Diagnose einer pulmonalen arteriellen Hypertonie abgeleitet worden sei. Der rechte Vorhof sei jedoch nicht als vergrössert beschrieben worden, womit die klinische Bedeutung der pulmonal-arteriellen Hypertonie nicht „eindeutig“ gegeben sei. Mit dieser Wortwahl schliesst Dr. med.

F._____ eine klinische Relevanz zumindest nicht aus, womit aufgrund der im Recht liegenden und sich widersprechenden Berichte nicht abschliessend beurteilt werden kann, inwieweit die pulmonale arterielle Hypertonie den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers tatsächlich negativ beeinflusst. Immerhin ist darauf hinzuweisen, dass die Diagnose im Zuge einer einwöchigen Hospitalisation im Spital H._____ bestätigt wurde (act. II 124 S. 13) und Dr. med. G._____ den Befund offenbar als behandlungsbedürftig erachtete (act. II 118 S. 12), weshalb die Einschätzung von Dr. med. F._____ nicht ohne weiteres schlüssig erscheint.

Vor diesem Hintergrund überzeugt auch deren Beurteilung, wonach insgesamt bzw. hinsichtlich der Lungenfunktionsstörung lediglich eine – ursprünglich aus psychischen Gründen attestierte (vgl. act. II 93 S. 6; 113 S. 8) – 20%ige Leistungsminderung resultiere, nicht ohne weiteres, bestehen nach dem Dargelegten doch unterschiedliche Einschätzungen hinsichtlich des Ausmasses der Gesundheitsbeeinträchtigung bzw. der klinischen Relevanz und der Therapierbarkeit der Befunde und Diagnosen. Zudem hat Dr. med. F._____ in den am 9. Mai und 12. September 2016 verfassten Aktennotizen grundsätzlich nicht in Zweifel gezogen, dass sich nach der Aktenlage der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers laufend verschlechtert hat bzw. „körperliche Anstrengungen [...] wirklich nur noch in minimalem Rahmen möglich“ (act. II 125 S. 2) seien, weshalb es auch insoweit nicht überzeugt, dass sie dennoch auf eine Diskussion hinsichtlich der unverändert attestierten 20%igen Leistungseinschränkung (bei grundsätzlich voller Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit) verzichtete. Dass die RAD-Ärztin sodann keine eigenen Untersuchungen durchgeführt hat, fällt in beweismässiger Hinsicht hier zusätzlich negativ ins Gewicht. Weiter fehlt es an fachärztlich pneumologischen Feststellungen, welche hinreichende und beweiskräftige Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit respektive das funktionelle Leistungsvermögen zulassen (vgl. Entscheid des BGer vom 4. November 2016, 9C_558/2016, E. 6.2). Zwar hat Dr. med. G._____ im Bericht vom 17. August 2016 (act. II 134 S. 18) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten postuliert; diese Angaben sind jedoch zu wenig differenziert, um als Belastungsprofil zu dienen respektive um sie als Grundlage für die Invaliditätsermittlung heran-

zuziehen, zumal – wie nachfolgend zu zeigen ist – auch Einschränkungen aus anderen medizinischen Fachbereichen zur Diskussion stehen.

3.6.2 So ergeben sich aus den Akten Hinweise auf eine (u.a. durch psychosoziale Belastungsfaktoren mitinduzierte) psychische Beeinträchtigung (vgl. act. II 109 S. 2 und 17) im Sinne einer depressiven Störung, welche bereits seit Jahren aktenmässig – wenngleich nicht durchgehend – dokumentiert ist und im Grundlage der Verfügung vom 16. Mai 2012 bildenden RAD-Bericht vom 22. September 2011 als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde (act. II 93 S. 4). Während Dr. med. F._____ im ärztlichen Bericht vom 18. Januar 2016 festhielt, es liege über längere Zeit gesehen sicher keine Depression mittleren Grades vor (act. II 113 S. 7), relativierte sie dies in ihrer Aktennotiz vom 9. Mai 2016 dahingehend, indem sie ausführte, die damals aus psychischen Gründen attestierte 20%ige Leistungsminderung lasse sich zwar nicht (mehr) erkennen, andererseits gebe es jedoch auch keine sicheren Anhaltspunkte für eine Verbesserung in dieser Hinsicht (act. II 125 S. 2). Auch diese Einschätzung ist fachmedizinisch bzw. psychiatrisch nicht hinreichend abgestützt, weshalb auch insoweit weiterer Abklärungsbedarf besteht.

Fraglich ist sodann, wie es sich mit den insbesondere im Bericht vom 14. Juli 2015 (act. II 109 S. 27-29) dokumentierten und – nebst der Kardiopathie und der Lungenfunktionsstörung – Grundlage für die Neuanschuldung (act. II 102 S. 2) bildenden Schulterbeschwerden, insbesondere rechts, verhält: Im Rahmen der MEDAS-Begutachtung im Jahre 2011 interpretierten die Gutachter die Schultergürtelschmerzen als myofaszial bedingt (vgl. act. II 91.2 S. 25). Ein am 2. Juli 2015 durchgeführtes Arthro-MRI (act. II 109 S. 30) ergab nunmehr eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne der rechten Schulter. Eine operative Sanierung wurde damals jedoch wegen der unklaren synkopalen Stürze als nicht sinnvoll erachtet (S. 29). Dr. med. F._____ hielt hinsichtlich der Schulterbeschwerden fest, die Läsion wirke sich beim Tragen von Lasten über der Horizontalen oder bei stossender Bewegung hinter den Körper aus (act. II 113 S. 7). In den neuesten Arztberichten fanden die Schulterbeschwerden indes keine Erwähnung mehr, weshalb deren Relevanz im gesamten potentiell

invaliditätsrelevanten Ursachenspektrum offen ist respektive ebenfalls weiterer Abklärung bedarf.

Schliesslich geht Dr. med. F. _____ in kardiologischer Hinsicht davon aus, dass mit der Implantation eines Stents (act. II 109 S. 37) bzw. eines Herzschrittmachers (S. 14) die Herzfunktion systolisch gut bzw. die Leistungsfähigkeit insoweit allenfalls gering eingeschränkt sei (act. II 113 S. 7). Zwar folgt aus den Akten, dass der Herzschrittmacher einwandfrei funktioniert (vgl. act. II 124 S. 15). Indes bestehen auch deutliche Hinweise, welche darauf hindeuten, dass die körperlichen Einschränkungen zumindest auch auf die kardiologische Problematik zurückzuführen sind: So wurde im Bericht des Spitals I. _____ vom 18. Dezember 2015 (act. II 124 S. 18-20) festgehalten, die respiratorische Globalinsuffizienz sei multifaktoriell bzw. u.a. auch durch eine diastolische Funktionsstörung bedingt (S. 19). Zudem treten rezidivierende Synkopen auf, deren Ursache nicht abschliessend geklärt werden konnte (vgl. act. II 124 S. 15). Entsprechend hielt Dr. med. J. _____ im Bericht vom 2. Mai 2016 (act. II 124 S. 2-7) fest, die körperlichen Einschränkungen ergäben sich sowohl aus den pulmonalen wie auch den kardialen Diagnosen (S. 3). Mithin kann aufgrund der vorliegenden Berichte nicht abschliessend beurteilt werden, ob und inwieweit die (unbestrittenermassen vorliegende) Herzkrankheit das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers (zusätzlich) einschränkt, weshalb auch insoweit weitere Abklärungen durchzuführen sind.

3.7 Indem die Beschwerdegegnerin auf weitere fachmedizinische Abklärungen verzichtet hat, verletzte sie demnach den Untersuchungsgrundsatz (vgl. E. 3.4.1 vorne). Zwar holte sie diverse ärztliche Berichte von der Allgemeinärztin Dr. med. F. _____ ein. Deren ausschliesslich auf den Akten basierenden Einschätzungen vermögen indes bereits in Anbetracht der aktenmässig dokumentierten Polymorbidität und der damit einhergehenden Komplexität des Beschwerdebildes nicht zu überzeugen. Zudem genügen auch die Berichte der behandelnden Ärzte weder in Kombination mit den Einschätzungen von Dr. med. F. _____ noch für sich genommen als Beurteilungsgrundlage.

3.8 Zusammenfassend folgt aus dem Dargelegten, dass sich die vorliegenden medizinischen Berichte vorab hinsichtlich der Frage nach dem

Ausmass der Gesundheitsbeeinträchtigung sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bis zum massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 30. Juni 2016 als nicht vollständig erweisen. Zwar liegt insbesondere mit der aktenmässig dokumentierten Verschlechterung der COPD von Stadium GOLD II zu GOLD IV sowie der pulmonal arteriellen Hypertonie gegenüber dem MEDAS-Gutachten von 2011 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und damit eine neue und potentiell leistungsrelevante (medizinische) Tatsache vor. Ob diese jedoch auch geeignet ist, den Rentenanspruch zu berühren und damit einen Revisionsgrund darstellt (vgl. E. 2.3.2 vorne), lässt sich anhand der vorliegenden Unterlagen nicht zuverlässig beurteilen und bedarf – entsprechend dem Antrag in der Beschwerde vom 31. August 2016 – weiterer medizinischer Abklärung. Indem – wie dargelegt – einerseits eine Polymorbidität mit sich potentiell wechselseitig beeinflussenden diversen Gesundheitsbeeinträchtigungen gegeben ist und andererseits deren Ausmass (und deren Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen) kontrovers beurteilt wird, wird die Beschwerdegegnerin eine interdisziplinäre Begutachtung zu veranlassen haben. Dabei werden in erster Linie die pneumologische, kardiologische, internistische, orthopädische und psychiatrische Fachrichtung zu berücksichtigen sein. In diesem Rahmen wird auch zu klären sein, inwieweit die Einschränkungen durch zumutbare (und wiederholt empfohlene) Massnahmen der Schadensminderung – zur Diskussion stehen insbesondere eine Gewichtsreduktion sowie ein Rauchstopp – allenfalls reversibel sind.

3.9 Zusammenfassend ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 30. Juni 2016 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.

4.

4.1 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

4.2

4.2.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

4.2.2 Mit am 17. November 2016 eingereichter und nicht zu beanstandender Kostennote hat MLaw C._____ ein Honorar von Fr. 1'380.-- (6 Stunden à Fr. 230.--) sowie Auslagen von Fr. 39.-- und die Mehrwertsteuer (MWSt) von Fr. 113.50 geltend gemacht. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 1'571.50 (inkl. Auslagen und MWSt) festgesetzt.

4.3 Bei diesem Ausgang ist das Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des in diesem Verfahren gestellten Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege dahingefallen. Entsprechend ist das Verfahren um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 39 N. 1).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 30. Juni 2016 aufgehoben und die Akten werden an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Rentenanspruch neu verfüge.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'571.50 (inkl. Auslagen und MWSt), zu ersetzen.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____, MLaw C. _____ 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

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