

200 17 345 IV
SCJ/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. September 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. März 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 10. Juni 2014 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 1). Diese ermittelte gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten (act. II 42.1) ab 21. Januar 2014 einen Invaliditätsgrad von 40 % bzw. ab 1. Mai 2015 einen solchen von 20 % (act. II 50/6 f. Ziff. 8) und stellte ihm mit Vorbescheid vom 19. Oktober 2016 (act. II 51) eine befristete Invalidenrente in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 52, 54) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 57) sowie der Gutachterstelle (act. II 67) gewährte die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 7. März 2017 (act. II 70) entsprechend dem Vorbescheid vom 1. Januar bis 31. Juli 2015 eine Viertelsrente und verneinte für die Zeit danach einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 5. April 2017 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei – soweit sie Leistungen ablehne – kostenfällig aufzuheben bzw. insofern abzuändern, als ihm nach korrekter Abklärung des Sachverhalts ab 1. Januar 2015 mindestens eine (unbefristete) Dreiviertelsrente auszurichten sei. Im Sinne eines Verfahrensantrags ersuchte er zudem um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 26. April 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin, die angefochtene Verfügung sei mangels eines Rentenanspruchs ersatzlos aufzuheben und die Sache sei zur Rückforderung der vom 1. Januar bis 31. Juli 2015 ausgerichteten Rentenleistungen an sie zurückzuweisen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte sie darum, dem Beschwerdeführer unter Androhung einer Schlechterstellung die Möglichkeit zum Beschwerderückzug einzuräumen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 2. Mai 2017 machte der Instruktionsrichter den Beschwerdeführer auf eine mögliche Schlechterstellung aufmerksam und gab ihm Gelegenheit, sich hierzu zu äussern bzw. einer solchen durch Rechtsmittelrückzug zu entgehen.

Replicando bestätigte der Beschwerdeführer am 23. Mai 2017 seine Rechtsbegehren und legte weitere Unterlagen ins Recht (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 1-13).

Mit Duplik vom 23. Juni 2017 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 7. März 2017 (act. II 70). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ab 1. Januar 2015 keine höhere als eine Viertelsrente zusprach bzw. die Rentenleistungen zulässigerweise bis zum 31. Juli 2015 befristete (vgl. zum Anfechtungs- und Streitgegenstand bei rückwirkend zugesprochenen abgestuften und/oder befristeten Invalidenrenten: BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a).

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 Der Beschwerdeführer rügt in formeller Hinsicht eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (vgl. dazu: Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 371; SVR 2008 UV Nr. 1 S. 2 E. 3.2), da die Gutachter – und damit auch die Beschwerdegegnerin, welche sich auf diese stützte – die Arbeitsunfähigkeitsschätzung «in keiner Weise begründet» hätten (Beschwerde S. 10 Ziff. II Ziff. 20.7). Zudem hätten sie in ihrer Stellungnahme vom 12. Januar 2017 (act. II 67) nicht auf alle Vorwürfe reagiert (Beschwerde S. 3 Ziff. II Ziff. 5 f., S. 5 Ziff. II Ziff. 8).

2.2 Anders als es der Beschwerdeführer offenbar annimmt, kann das rechtliche Gehör allein durch die Verwaltung, nicht etwa auch durch die Gutachterstelle, verletzt werden, weshalb die entsprechende Rüge ins Leere läuft. Im Übrigen ermöglichte die Begründungsdichte der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 (act. II 70) deren sachgerechte sowie zielgerichtete Anfechtung und ist nicht zu beanstanden, zumal sich die Verwaltung nicht ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss, sondern sich vielmehr auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränken kann (vgl. BGE 136 I 229 E.

5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181). Weil die Verwaltung der Gutachterstelle nicht eigene Ergänzungsfragen unterbreitete, sondern ihr die vom Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Beanstandungen (act. II 54/1-14) zur Stellungnahme sandte (act. II 66), liegt auch kein gegen die Grundsätze von BGE 136 V 113 verstossendes, einseitiges Vorgehen vor (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 23. Dezember 2013, 8C_708/2013, E. 4.2). Allerdings hätte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer vor Erlass der Verfügung das rechtliche Gehör in Bezug auf die bei der Gutachterstelle im Rahmen einer Beweismassnahme eingeholte Stellungnahme (act. II 67) gewähren müssen, statt diese erst mit der Verfügung zuzustellen. Die nicht schwer wiegende Gehörsverletzung kann in Anbetracht der uneingeschränkten Kognition des angerufenen Gerichts aber als geheilt gelten (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2). Es sind demnach die materiellen Rügen im Zusammenhang mit dem streitigen Anspruch zu prüfen.

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

3.2 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). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

3.3 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.

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

4.

4.1 Die angefochtene Verfügung vom 7. März 2017 (act. II 70) basiert in medizinischer Hinsicht auf dem polydisziplinären (allgemeininternistischen, onkologischen, neurologischen, rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten der Begutachtungsstelle C. _____ (MEDAS) vom 1. Juli 2016 (act. II 42.1) sowie der erläuternden Stellungnahme vom 12. Januar 2017

(act. II 67). In der besagten Expertise wurden die folgenden Diagnosen vermerkt (act. II 42.1/11 lit. D):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

1. Multiples Myelom Stadium I (nach internationalem Staging-System [ISS]) mit/bei:
 - Zytogenetik ohne ungünstige prognostische Faktoren, keine Osteolysen, kein Hinweis auf Amyloidose
 - Chemotherapie mit Bortezomib, Cyclophosphamid, Dexamethason (zwei Zyklen vom 25. April bis 10. Juni 2014)
 - autologer Stammzelltransfusion nach Hochdosis-Chemotherapie mit Alkeran (am 24. Juli bzw. 25. Juli 2014)
 - anhaltender kompletter Remission
2. WPW-Syndrom (Wolff-Parkinson-White-Syndrom), kardiologisch abgeklärt

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

1. Unspezifische körperliche Belastungsintoleranz und Erschöpfungszustände
2. Chemotherapie-assoziierte Polyneuropathie Grad II
3. Chronischer Tinnitus (HNO-Abklärung im Oktober 2014)
4. Refluxösophagitis, mit PPI (Protonenpumpeninhibitoren) genügend behandelt
5. Allergie auf Pollen, Tierhaare, evtl. unbestimmte Medikamente
6. Anamnestischer Hinweis auf obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS)

Die Gutachter attestierten sowohl für die bisherige als auch für andere leidensadaptierte Tätigkeiten von Februar bis Dezember 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bzw. von Januar bis April 2015 eine 60-70%ige Arbeitsfähigkeit. Ab Mai 2015 gingen sie medizinisch-theoretisch von einer 80%igen Restarbeitsfähigkeit – im Sinne einer uneingeschränkten Präsenzzeit mit 20%iger Leistungsminderung – aus. Als nicht geeignet erachteten sie in psychischer Hinsicht Arbeiten, die eine erhöhte emotionale Belastbarkeit voraussetzen, zudem sollten Nachtschichten sowie sehr unregelmässige Arbeitszeiten vermieden werden. In somatischer Hinsicht sei eine körperliche Arbeit mit mittelschwerer, selten schwerer Belastung zumutbar; eine Verletzungsgefahr und eine mögliche Infekt-Exposition müssten dabei vermieden werden. Vorsicht sei beim selbständigen Bedienen von Maschinen oder bei Tätigkeiten mit Sturzgefahr geboten (act. II 42.1/13 f. lit. D). Aus den verschiedenen Teilgutachten ergeht, dass die vollständige Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2014 bzw. die 20%ige Einschränkung ab Mai 2015 allein onkologisch bedingt war (act. II 42.4/7

Ziff. 5), wogegen in der Phase von Januar und April 2015 nebst der onkologischen Einschränkung von 20 % (act. II 42.4/7 Ziff. 5) im gleichen Umfang zusätzlich eine psychische Einschränkung aufgrund einer damals durchgemachten leichten depressiven Episode bestand (act. II 42.2/9 lit. B). Nach interdisziplinärer Beurteilung führte das Zusammentreffen der beiden Gesundheitsbeeinträchtigungen insgesamt zu einer Restarbeitsfähigkeit von 60-70 % (act. II 42.1/14 lit. D).

Im Schreiben vom 12. Januar 2017 (act. II 67) nahmen die MEDAS-Experten zum Einwand des Beschwerdeführers (act. II 54) Stellung, wobei sie an ihren Schlussfolgerungen festhielten.

4.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

4.3 Die polydisziplinäre MEDAS-Expertise vom 1. Juli 2016 (act. II 42.1) erfüllt, zusammen mit der Stellungnahme vom 12. Januar 2017 (act. II 67), die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 4.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis, womit sich weitere Sachverhaltserhebungen sowie die beantragte Parteibefragung erübrigen (antizipierte Be-

weiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Den Gutachtern waren die wesentlichen Vorakten bekannt (act. II 42.1/3-10 lit. B, 42.8/4-35) und sie stützten ihre Beurteilung auf die Erkenntnisse aus den klinischen Explorationen sowie den labortechnischen Zusatzabklärungen (act. II 42.7). Die in der Einwand-Ergänzung vom 24. November 2016 (act. II 54/1-14) erhobenen Vorwürfe wurden von der RAD-Ärztin med. pract. D. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, am 28. November 2016 aufgegriffen (act. II 57) und von den Gutachtern in ihrer eingehenden Stellungnahme vom 12. Januar 2017 (act. II 67) überzeugend entkräftet. Die im Beschwerdeverfahren gegen das Administrativgutachten erneut vorgebrachte Kritik verfängt nicht.

4.3.1 Soweit der Beschwerdeführer vorab geltend macht, das MEDAS-Gutachten (act. II 42.1) sei nicht umfassend und vollständig, da keine kardiologisch-pneumologischen (Beschwerde S. 5 Ziff. II Ziff. 7, S. 8 Ziff. II Ziff. 19; Replik S. 5 Ziff. 2.5) bzw. neuropsychologischen (Beschwerde S. 11 Ziff. II Ziff. 21.3, S. 16 Ziff. II Ziff. 27.3) Untersuchungen stattgefunden hätten und im Rahmen der psychiatrischen Exploration keine Tests durchgeführt worden seien (Beschwerde S. 13 Ziff. II Ziff. 23.3), ist ihm nicht zu folgen. Es liegt im (weiten) Ermessen der Gutachter, ob das Beiziehen weiterer Experten notwendig ist oder nicht (vgl. Entscheid des BGer vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2). Der Beschwerdeführer opponierte gegen die ihm seitens der Verwaltung mitgeteilten Fachdisziplinen nicht (act. II 33/1, 38/1) und auch die MEDAS sah keine Veranlassung, die Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 353). Das WPW-Syndrom (vgl. dazu: PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 2297 f.; HEINRICH AVENHAUS, Rhythmusstörungen des Herzens, in GERHARD RIECKER [Hrsg.], Klinische Kardiologie, 2013, S. 253 f.) ist anerkanntermassen (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 8/1) seit mindestens 2002 bekannt (act. II 14/3 Ziff. 4, 14/6 Ziff. 4, 22.3/7 Ziff. 5, 22.3/11 Ziff. 5, 22.3/22 Ziff. 7, 22.3/25, 22.3/28, 29/3 Ziff. 5, 42.8/22 Ziff. 5) und wurde in den Jahren 2008 und 2014 elektrophysiologisch bzw. echokardiographisch abgeklärt (act. II 42.3/6 Ziff. 3, 42.8/4, 42.8/6). Die damit zusammenhängende Symptomatik ist unbestritten (spontan auftretende Tachykardien) und kann durch den Beschwerdeführer einfach gemeistert werden (act. II 42.1/12 lit. D, 42.3/6 f. Ziff. 5). Eine zusätz-

liche kardiologische Begutachtung erübrigte sich damit und es leuchtet ein, dass diese Diagnose das medizinische Zumutbarkeitsprofil höchstens in qualitativer Hinsicht beeinflusst (Vorsicht beim Bedienen von Maschinen [act. II 42.1/12 f. lit. D]), nicht aber zu einer zusätzlichen quantitativen (prozentualen) Beeinträchtigung der Restarbeitsfähigkeit (Präsenzzeit, Rendement) führt (Beschwerde S. 5 Ziff. II Ziff. 7, S. 8 Ziff. II Ziff. 19). Die von Dr. med. E. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Pneumologie, erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 (act. II 70) – welche prinzipiell den gerichtlichen Überprüfungshorizont markiert (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) – am 11. Mai 2017 durchgeführte ergometrische Untersuchung (act. IA 10) ist unbeachtlich. Die entsprechenden Ergebnisse erlauben keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4), zumal es zu einem abrupten Belastungsabbruch wegen «Schwindel und Panikattacke» kam, der Beschwerdeführer durch Dekonditionierung limitiert war und er die Atem- oder Herzfrequenzreserven nicht anbrauchte, trotz inadäquater Hyperventilation ab Beginn der Belastung (act. I 10/3). Auch dass die MEDAS auf eine neuropsychologische Zusatzabklärung verzichtete ist nicht zu beanstanden, da den entsprechenden Feststellungen ohnehin lediglich Hilfscharakter zukämen, weil die neuropsychologischen Testresultate nicht ausreichen, um Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen (vgl. Entscheid des BGer vom 7. August 2009, 8C_261/2009, E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; UELI KIESER, Neuropsychologie, in: KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 173 f.). Dass der federführende Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine psychometrischen Erhebungen durchführte, ist ebenso wenig geeignet, den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens zu schmälern, denn auch diesbezüglich liegt es primär am Gutachter zu entscheiden, ob derartige Zusatzabklärungen erforderlich sind; rechtsprechungsgemäss ist dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration im Übrigen ohnehin generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen (vgl. Urteil des BGer vom 29. April 2014, 9C_255/2014, E.3.2).

4.3.2 Nebst den von der Verwaltung zur Verfügung gestellten medizinischen Akten lagen den MEDAS-Gutachtern weitere vom Exploranden mitgebrachte Berichte vor (act. II 42.8/4-35). Inwiefern die Gutachter zusätzliche Unterlagen aus der Zeit zwischen den Jahren 2002 und 2013 hätten anfordern sollen oder können (Beschwerde S. 14 f. Ziff. II Ziff. 26), ist nicht ersichtlich. Zwar kann das multiple Myelom (vgl. dazu: PSCHYREMBEL, a.a.O., S. 1423 f.) zu einer eingeschränkten Nierenfunktion führen (vgl. STRAKA/DIETZFELBINGER [Hrsg.] Multiples Myelom, Manual, Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 5. Aufl. 2017, S. 215), die (fragliche [act. II 67/2 Ziff. II 1; Beschwerde S. 5 f. Ziff. II Ziff. 12]) nephrologische Untersuchung im Jahr 2002 (act. II 7.2/1 Ziff. 5, 14/2 Ziff. 2) stand aber kaum im Zusammenhang mit der erst im Jahr 2014 diagnostizierten Krebserkrankung. Wie es sich damit verhält, ist aber ohnehin nicht entscheidend: Abgesehen davon, dass der Beschwerdeführer weder im Verwaltungs- noch im Beschwerdeverfahren entsprechende Unterlagen beibrachte und die Edition früherer Akten teilweise wohl bereits an der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gescheitert wäre (vgl. Art. 26 Abs. 2 des kantonalen Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984 [GesG; BSG 811.01] bzw. Art. 6 Abs. 1 der kantonalen Verordnung vom 23. Oktober 2002 über die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten und der Gesundheitsfachpersonen [Patientenrechtsverordnung, PatV; BSG 811.011]), ist die relevante Anamnese in den vorhandenen Akten ausreichend dokumentiert. Überdies ist der Rentenanspruch ab Januar 2015 zu beurteilen (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. act. II 10/4 Ziff. 1.6, 22.1/3-5 [betreffend Wartejahr] bzw. Art. 29 Abs. 1 IVG i.V.m. act. II 1/8 Ziff. 11 [betreffend Karenzfrist]), womit die Krankheitsgeschichte vor dem Jahr 2014 nicht im Vordergrund steht (so auch: Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 7). In diesem Zusammenhang ist im Übrigen auch nicht entscheidend, dass Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Medizinische Onkologie, die medizinische Vorgeschichte bis zum Jahr 2014 als «an und für sich unauffällig» beschrieb (act. II 42.1/12 lit. D, 42.4/6 Ziff. 5; Beschwerde S. 4 Ziff. II Ziff. 6.1), zumal er sich dabei – ebenso wie mit der Feststellung, dass die klinische Exploration keine auffälligen Befunde gezeigt habe (act. II 42.1/12 lit. D, 42.4/6 Ziff. 5) – klarerweise allein auf das onkologische Fachgebiet bezog (Beschwerde S. 4 Ziff. II Ziff. 6.2).

4.3.3 Der Beschwerdeführer rügt weiter, das MEDAS-Gutachten vom 1. Juli 2016 (act. II 42.1) basiere auf Untersuchungen vom Mai 2016 und berücksichtige damit den weiteren Gesundheitsverlauf nicht (Beschwerde S. 14 Ziff. II Ziff. 25, S. 16 Ziff. II Ziff. 27.5; Replik S. 10 Ziff. 14.2). Dazu ist zu bemerken, dass zwar allemal der Sachverhalt bis zur angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 (act. II 70) massgebend ist (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), es aufgrund der medizinischen Aktenlage jedoch keinerlei Anhaltspunkte dafür gibt, dass der Gesundheitszustand im Nachgang zur Begutachtung und bis im März 2017 eine relevante Veränderung erfahren hätte. Der Beschwerdeführer legte denn auch weder im Vorbescheid- noch im Beschwerdeverfahren neue ärztliche Berichte ins Recht, die seine pauschale Behauptung einer angeblich eingetretenen Gesundheitsverschlechterung (Beschwerde S. 14 Ziff. II Ziff. 25.1 f.) zu untermauern vermöchten. Allein das selbständige Absetzen von Solatran ist jedenfalls von vornherein nicht geeignet, die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit negativ zu beeinflussen. Denn dieses Präparat mit dem Wirkstoff Ketazolam (vgl. <www.compendium.ch>, Stichwort: «Solatran») wurde nach eigenen Angaben des Beschwerdeführers primär zur Behandlung der Schlafstörungen eingenommen (act. II 42.2/3 Ziff. 2.1, 42.8/2), welche keiner der beiden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 42.1/11 lit. D) zuzuordnen sind, sondern höchstens im Zusammenhang mit einem allfälligen OSAS stehen (act. II 42.1/11 Ziff. 2 Ziff. 8). Keine der beteiligten MEDAS-Gutachter empfahl diese medikamentöse Therapie, vielmehr sprachen sie sich für eine Reduktion auf die kleinstmögliche Dosierung von 15mg pro Tag aus (act. II 42.2/3 Ziff. 2.1).

4.3.4 Die diagnostische Beurteilung sowie die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit basiert gemäss Angaben der MEDAS auf einem polydisziplinären Konsens vom 20. Juli 2016 (act. II 42.1/11 lit. D und S. 13 f. lit. D). Dass unter den beteiligten Experten tatsächlich ein entsprechender Austausch stattgefunden hat, wurde seitens der MEDAS am 12. Januar 2017 glaubhaft versichert (act. II 67/2 Ziff. I Ziff. 4). Der Umstand, dass in der Expertise nicht festgehalten wurde, wie lange die Schlussbesprechung gedauert hat und was im einzelnen Gegenstand dieser Besprechung war (Beschwerde S. 15 Ziff. II Ziff. 26), ist belanglos. Hinzu kommt, dass eine

abschliessende Konsensdiskussion ohnehin nicht zwingend wäre (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128 mit Hinweisen).

4.3.5 Dr. med. G._____ begründete die aus dem onkologischen Fachgebiet attestierte Arbeitsunfähigkeit differenziert und nachvollziehbar, wobei er in der retrospektiven Beurteilung auch die bis zur Erholung von der abschliessenden Stammzelltransfusion und Hochdosis-Chemotherapie per Jahresende 2014 noch aufgetretenen Behandlungsnebenwirkungen miteinbezog (act. II 42.4/7). Dass hinsichtlich des Myeloms bereits nach der Erstlinientherapie eine anhaltende komplette Remission (mit ab Januar 2015 noch leichter Thrombopenie) eintrat, wird mit den diesbezüglichen Laborbefunden untermauert (act. II 42.4/6 Ziff. 5; 42.7/1, 42.7/4, 42.7/6 [Ratio der freien Leichtketten Kappa/Lambda]) und korreliert auch mit der Feststellung des behandelnden Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hämatologie, vom Juni 2014 (komplette Remission [normalisierte Leichtketten-Ratio {act. II 29/4, 42.8/4 Ziff. 1 Lemma 8}]). Dr. med. H._____ ging ebenfalls bis Ende 2014 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus und hielt danach eine sukzessive Arbeitswiederaufnahme für möglich (act. II 17/1 Ziff. 5, 22.3/29 Ziff. 5.3). Er bescheinigte schliesslich aber abweichend vom onkologischen Gutachter (act. II 42.4/7 Ziff. 5) trotz Annahme eines verbesserten Gesundheitszustandes (act. II 19/2 Ziff. 1) über Dezember 2014 hinaus eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 19/3 Ziff. 12). In seinem Auftrag vermerkte Dr. med. I._____, Fachärztin für Medizinische Onkologie, im Verlaufsbericht vom 18. September 2015 (act. II 27) ebenfalls eine andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit. Diese vom MEDAS-Gutachten divergierenden Einschätzungen sind offensichtlich darauf zurückzuführen, dass die behandelnden Ärzte sich nicht auf objektive Befunde stützten (act. II 19/2 Ziff. 6, 27/2 Ziff. 6), sondern hauptsächlich mit einer Dekonditionierung sowie muskulären Schmerzen argumentierten (act. II 19/2 Ziff. 3 f., 27/2 Ziff. 3). Die Dekonditionierung ist im vorliegenden Fall wohl auch durch die Chemotherapie bzw. die Stammzelltransfusion bedingt und damit nicht per se invaliditätsfremd (Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 6; Replik S. 7 Ziff. 7), die besagten adjuvanten Therapien waren aber bereits Ende Juli 2014 abgeschlossen, so dass daraufhin eine schrittweise Rekonditionierung bei weiterhin anerkannter 100%iger Arbeitsunfähigkeit

hätte beginnen können. Was die Muskelbeschwerden anbelangt, erachtete Dr. med. G._____ einen Zusammenhang mit dem multiplen Myelom als höchst unwahrscheinlich. Diese gutachterliche Beurteilung ist nachvollziehbar, zumal die Muskelschmerzen bereits in den Jahren 2002 bzw. 2003 erstmals auftraten und bisher zu keiner konklusiven Diagnose führten (act. II 42.4/2 Ziff. 2.1, 42.4/7 Ziff. 5); auch interdisziplinär ergab sich für die schon lange bestehenden Muskel- und Gelenkschmerzen keine objektivierbare Ursache (act. II 42.1/13 lit. D). Es ist demnach folgerichtig, dass der Muskelbefall in der Diagnostik des MEDAS-Gutachtens weggelassen wurde (Beschwerde S. 6 Ziff. II Ziff. 12). Da Dr. med. G._____ ebenfalls aufgrund des langjährigen Vorbestehens der Symptomatik einen Zusammenhang des differentialdiagnostisch teilweise in Betracht gezogenen Fatigue-Syndroms (act. II 22.3/15 Ziff. 3, 42.8/25) mit der onkologischen Erkrankung für nicht überwiegend wahrscheinlich hielt (act. II 42.4/7 Ziff. 5), ist auch nicht von einem relevanten krebsbedingten Fatigue (Cancer-related Fatigue [CrF]; vgl. dazu: BGE 139 V 346 E. 3.2 ff. S. 347 f.) auszugehen. Die von den Einschätzungen der Dres. med. H._____ und I._____ abweichende gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab Januar 2015 ist vor diesem Hintergrund hinreichend begründet (Beschwerde S. 6 Ziff. II Ziff. 13, S. 9 Ziff. II Ziff. 20.45), zumal die behandelnden Ärzte keine Aspekte zu benennen vermochten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Nichts zu seinen Gunsten vermag der Beschwerdeführer aus der Tatsache abzuleiten, dass die Trägerin der Krankentaggeldversicherung über Dezember 2014 hinaus und noch bis zur Erschöpfung der vertraglichen Genussberechtigung Mitte März 2016 das Taggeld auf Basis einer 100%igen respektive 90%igen Arbeitsunfähigkeit erbrachte (act. II 22.5/1-9; act. IA 8; Replik S. 3 Ziff. 2), war doch dieser Versicherung das MEDAS-Gutachten bis dahin offensichtlich nicht bekannt, womit sie sich auf die jeweiligen Eintragungen in der Krankenkarte stützte.

4.3.6 In psychiatrischer Hinsicht konnte Dr. med. F._____ im Explorationszeitpunkt keine pathologischen Befunde erheben (act. II 42.2/4 ff. Ziff. 3) und dementsprechend auch keine Diagnose stellen (act. II 42.2/6 Ziff. 4). Dies ist angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer da-

mals keine antidepressive Pharmakotherapie in Anspruch nahm und ab Ende 2015 auch nicht mehr in einer ambulanten fachpsychiatrischen Behandlung stand (act. II 42.2/3 Ziff. 2.1, 42.2/7 Ziff. 5), nachvollziehbar. Wohl wäre durchaus einsichtig, dass allein das Wissen um die mit der onkologischen Diagnose verbundene empirische Lebenserwartung sich auf die Psyche niederschlägt (Beschwerde S. 13 Ziff. II Ziff. 23.3, S. 16 Ziff. II Ziff. 27.4; Replik S. 9 Ziff. 12), der anlässlich der Begutachtung erhobene psychiatrische Befund – insbesondere die Affektivität – zeigte indes beim Beschwerdeführer keine relevanten Beeinträchtigungen (act. II 42.2/4 ff. Ziff. 3). Schlüssig erscheint zudem die retrospektive Einschätzung, wonach sich Ende 2014 eine manifeste depressive Symptomatik entwickelte, die allenfalls bis April 2015 andauerte (act. II 42.2/9 Ziff. 5). Ob die depressive Episode entsprechend der Auffassung von Dr. med. F. _____ (act. II 42.2/8 Ziff. 5) sowie dem Bericht des Spitals M. _____ vom 2. April 2015 (act. II 22.3/14 f.) lediglich leichtgradig ausgeprägt war oder aber entsprechend dem Bericht von Dr. med. H. _____ vom 24. Februar 2015 (act. II 22.3/16 f.) eine mittelgradige Ausprägung erreichte, ist dabei ebenso wenig entscheidend wie die damit begründete Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 4.4.1 hiernach).

4.3.7 Der Beschwerdeführer zeigte nicht substantiiert auf, inwiefern das neurologische MEDAS-Teilgutachten (act. II 42.5) in beweisrechtlicher Hinsicht nicht überzeugend sein soll. Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und ordnete die unspezifische körperliche Belastungsintoleranz bzw. Erschöpfungszustände sowie die Chemotherapie-assoziierte Polyneuropathie Grad II den Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zu (act. II 42.5/5 Ziff. 4). Soweit der Beschwerdeführer argumentiert, der neurologische Gutachter sei anamnestisch fälschlicherweise von normalen CK-Werten (Creatinkinase) ausgegangen und habe unberücksichtigt gelassen, dass die im Dezember 2015 gemessenen Nervenleitgeschwindigkeiten (NLG) auffällig gewesen seien (Beschwerde S. 8 Ziff. II Ziff. 17 f.), ist dies nicht stichhaltig. Die Feststellung von Dr. med. J. _____, dass der von Dr. med. K. _____, Fachärztin für Neurologie, abgenommene CK-Wert im Normalbereich gelegen habe (act. II 42.5/5 Ziff.5), findet Rückhalt im entsprechenden Austrittsbericht des Spi-

tals N._____ vom 7. Januar 2016 (act. II 42.8/25). Zwar ergab eine spätere ambulante Untersuchung einen nach körperlicher Tätigkeit erhöhten CK-Wert, ein daraufhin veranlasstes Ganzkörper-MRI vom 19. Mai 2016 zeigte jedoch eine altersentsprechende kernspintomographische Darstellung der Muskeln am gesamten Körper ohne bildgebende Krankheitsaktivitätszeichen (act. II 42.5/3 Ziff. 2.1, 42.8/32 f.). Die im Rahmen der Elektroneurographie (ENG) vom 29. Dezember 2015 gemessenen NLG-Werte fielen sehr wohl unauffällig aus (act. II 42.8/24-29). Der Beschwerdeführer scheint in diesem Zusammenhang zu verkennen, dass *über* der Norm liegenden NLG im Elektroneurogramm keine neuropathologische Relevanz aufweisen, so werden die Normwerte für die motorische NLG denn auch als Mittelwerte bzw. *untere* Grenzwerte definiert (vgl. JOHANNES-C. WÖHRLE, Neurophysiologische Diagnostik, in: PETER BERLIT [Hrsg.], Klinische Neurologie, Band I, 1999, S. 103).

4.3.8 Die vom Beschwerdeführer geklagten Fussbeschwerden (Beschwerde S. 3 Ziff. II Ziff. 6, S. 7 Ziff. II Ziff. 16; Replik S. 4 Ziff. 2.2) wurden von Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, im rheumatologischen Teilgutachten (act. II 42.6) erwähnt (act. II 42.6/1 Ziff. 1). Allerdings zeigten sich die Füsse anlässlich der klinischen Exploration unauffällig (act. II 42.6/3 Ziff. 3) und der Gutachter konnte keine rheumatologische Diagnose stellen (act. II 42.6/3 Ziff. 4). Die im Mai 2015 aufgetretene Entzündung an der Grosszehe rechts (bei eingewachsenem Nagel) wurde nach einer antibiotischen Behandlung bereits am 22. Juni 2015 mittels Nagelstreifenexzision angegangen (act. II 22.3/1, 22.3/7 f., 22.4/1, 42.8/19). Der postoperative Verlauf präsentierte sich – soweit ersichtlich – bei normaler Wundheilung (act. II 29/2 Ziff. 3) komplikationslos, so dass dieses vorübergehende entzündliche Geschehen keine drei Monate dauernde Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit bewirkte und insoweit ohne Einfluss auf einen allfälligen Rentenanspruch blieb (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Das starke Brennen in den Füßen (act. II 22.3/31, 29/3 f., 42.4/2 Ziff. 2.1, 42.5/2 Ziff. 2.1, 42.8/10) wurde als Symptomatik der Polyneuropathie interpretiert (act. II 29/4, 32/4, 42.8/22 Ziff. 6) bzw. als medizinisch nicht nachvollziehbar erachtet (act. II 42.8/30). Dr. med. J._____ ordnete die Chemotherapie-assoziierte sensible Poly-

neuropathie den Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zu (act. II 42.5/5 Ziff. 4), was dem moderaten Schweregrad 2 (Funktionseinschränkung, jedoch ohne Einschränkung der alltäglichen Aktivität [vgl. STRAKA/DIETZFELBINGER, a.a.O., S. 157]) entspricht und mit den Angaben des Exploranden übereinstimmt, wonach daraus keine Einschränkung der Belastbarkeit resultieren soll (act. II 42.5/6 Ziff. 5).

4.4 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin sich in medizinischer Hinsicht richtigerweise am beweiskräftigen Administrativgutachten vom 1. Juli 2016 (act. II 42.1) orientierte. Interdisziplinär gelangten die MEDAS-Gutachter zum Schluss, dass es beim Zusammentreffen der onkologischen und psychiatrischen Beschwerden während der Phase von Januar bis April 2015 zu einem teilweisen Überschneiden der je 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kam (vgl. dazu: Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 30. Juni 2006, I 904/05, E. 3.4), die Beeinträchtigungen mithin nicht additiv wirkten (Replik S. 8 Ziff. 8.2).

4.4.1 Auf die postulierte Restarbeitsfähigkeit von 60-70 % bzw. das arithmetische Mittel (vgl. Entscheid des BGer vom 19. August 2009, 9C_226/2009, E. 3.2) von 65 % kann aber nicht abgestellt werden, da die mit einer aufgetretenen depressiven Episode medizinisch begründete 20%ige Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht unbeachtlich ist. Denn eine solche leichte bis mittelschwere Störung aus dem depressiven Formenkreis stellt – mit Ausnahme von hier nicht vorliegenden seltenen Konstellationen – von vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung dar (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Mai 2017, 8C_753/2016, E. 4.3 mit Hinweisen; in BGE 143 V 66 nicht publizierte E. 5.3.2 des Entscheids des BGer vom 3. April 2017, 8C_814/2016). Zur Prüfung des Rentenanspruchs ab Januar 2015 (vgl. E. 4.3.2 hiervor) ist somit allein die onkologisch begründete Leistungseinschränkung von 20 % massgebend.

4.4.2 Da die angestammte selbständige Erwerbstätigkeit (act. II 25.2-25.8, 50/3 Ziff. 3) mit dem von den MEDAS-Gutachtern formulierten medizinischen Zumutbarkeitsprofil (act. II 42.1/13 f. lit. D) vereinbar ist, erübrigt sich die Invaliditätsbemessung anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136)

bzw. mittels des ausserordentlichen Bemessungsverfahrens (BGE 128 V 29 E. 1 S. 31, 104 V 135 E. 2c S. 138), vielmehr entspricht der Invaliditätsgrad der Leistungseinbusse von 20 %. Ein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 3.3 hiavor) würde selbst dann nicht erreicht, wenn in der Zeit von Januar bis April 2015 zusätzlich die psychiatrische Arbeitsunfähigkeit einbezogen würde, mithin insgesamt eine medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit von 65 % massgebend wäre; diesfalls läge der Invaliditätsgrad bei 35 % (sogenannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a S. 313, 107 V 17 E. 2d S. 22, 104 V 135 E. 2b S. 137).

4.4.3 Nach dem Dargelegten bestand während des ganzen hier zu beurteilenden Zeitraums kein Rentenanspruch. Folglich sind die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung vom 7. März 2017 (act. II 70), mit welcher dem Beschwerdeführer eine befristete Rente zugesprochen wurde, ersatzlos aufzuheben. Insoweit ergibt sich für den Beschwerdeführer eine Schlechterstellung (vgl. Art. 61 lit. d ATSG; vgl. prozessleitende Verfügung vom 2. Mai 2017).

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. März 2017 wird im Sinne der Erwägungen aufgehoben.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Doppel der Duplik vom 23. Juni 2017)
 - 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 Bun-

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