

200 17 774 IV
FUR/ABE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Dezember 2017

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Juli 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), von Beruf ..., meldete sich am 20. August 2014 erstmals bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (Antwortbeilage [AB] 1, 10). Die IVB tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und gewährte zunächst Arbeitsvermittlung (AB 32) und ab dem 1. Juni 2015 ein Belastbarkeitstraining (AB 40). Nachdem die beruflichen Massnahmen aus gesundheitlichen Gründen (vgl. AB 54) abgebrochen worden waren (AB 55; vgl. auch AB 78), legte die IVB das Dossier ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme vor (AB 80-84). Im Januar 2016 erlitt der Versicherte einen Unfall (Treppensturz), worauf die IVB die Akten des Unfallversicherers einholte (AB 89, 93). In der Folge ordnete sie auf Empfehlung des RAD (AB 103/3) eine polydisziplinäre Untersuchung an (AB 104, 111). Gestützt auf die entsprechende Expertise der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) vom 7. März 2017 (AB 123) verneinte die IVB – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 128 ff.) – bei einem Invaliditätsgrad von 11% einen Rentenanspruch (Verfügung vom 13. Juli 2017 [AB 141]). Am 3. August 2017 teilte sie dem Versicherten mit, sie gewähre ihm Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (AB 144).

B.

Gegen die Verfügung vom 13. Juli 2017 erhob der Versicherte am 6. September 2017 Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung des angefochtenen Verwaltungsakts, die Zusprechung von IV-Leistungen bzw. Eingliederungsmassnahmen oder Rentenleistungen und die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege im Sinne der Befreiung von Verfahrenskosten. Er macht geltend, es seien zusätzliche kardiologische Untersuchungen durchzuführen und im Rahmen der Invaliditätsbemessung sei ihm ein leidensbedingter Abzug zuzugestehen.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Oktober 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 13. Juli 2017 (AB 141), mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch verneinte.

Soweit der Beschwerdeführer berufliche Massnahmen beantragt, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten, da diese Frage nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildet und es diesbezüglich an einem tauglichen Anfechtungsobjekt fehlt (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 165); zudem hat die Beschwerdegegnerin dem Gesuch um Arbeitsvermittlung am 3. August 2017 entsprochen (AB 142, 144). Hingegen ist auf die Beschwerde einzu-

treten, soweit der Beschwerdeführer den abschlägigen Entscheid betreffend eine Invalidenrente beanstandet.

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). 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).

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 Um den Leistungsanspruch beurteilen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen ha-

ben. 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 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, legte im Bericht vom 12. September 2014 (AB 11/8) dar, der Beschwerdeführer leide seit 2002 unter einer schweren koronaren 3-Gefässerkrankung. Er habe bisher fünf Mal mit PTCA (perkutane transluminale Angioplastien) und Stents versorgt werden müssen. Daneben neige der Patient zu Panikattacken und hypochondrischer Somatisierungstendenz. Die bisherige Tätigkeit als ... sei noch zu 50% zumutbar. Längerfristig sei eine Umschulung erstrebenswert; damit könnte die Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich auf ca. 80% gesteigert werden.

3.1.2 Im zuhanden des Krankentaggeldversicherers erstellten Gutachten vom 14. November 2014 (AB 25.2/1) legte Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, dar, eine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert sei nicht zu stellen (S. 11). Anlässlich der Exploration sei der psychopathologische Befund in jeder Beziehung unauffällig gewesen. Weil der Explorand seinen Führerausweis habe abgeben müssen, sei er in seiner bisherigen Tätigkeit zurzeit arbeitsunfähig (S. 12). Aus psychiatrischer Sicht lasse sich jedoch weder in der bisherigen noch in einer anderen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit bestätigen (S. 13).

3.1.3 Im verkehrsmedizinischen Gutachten der D._____ vom 1. Juli 2015 (AB 47.1) wurde zuhanden des Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamtes ausgeführt, nach dem vorsorglichem Entzug des Führerausweises

wegen Zweifel an der körperlichen/geistigen Leistungsfähigkeit (S. 6; vgl. AB 59/6) könne die Fahreignung gegenwärtig für alle Kategorien bejaht werden. Als Auflage seien eine regelmässige Kontrolle und Behandlung der koronaren Herzkrankheit angezeigt (S. 7).

3.1.4 Im Bericht des Spitals E. _____ vom 27. August 2015 (AB 62) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt:

- Akute Dekompensation im Sinne einer nicht näher bezeichneten Reaktion auf Belastung (ICD-10 F43.9)
- bei bekannter Panikstörung im Rahmen der koronaren 3-Gefässerkrankung (ICD-10 F54 und I25.13)
- Akrophobie (ICD-10 F40.2)
- Posttraumatische Belastungsstörung mit bereits starker Chronifizierung (ICD-10 F43.1)
- Narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung

Der Versicherte habe insgesamt acht Herzoperationen hinter sich gebracht, wobei es jeweils um die Herzkranzgefässe und nicht um das Herz an sich gegangen sei. Offenbar leide er aufgrund von Erbfaktoren an einer erhöhten Stenoseneigung. Nach der ersten Stenose habe er die Information erhalten, es sei nun alles wieder in Ordnung und er müsse sich keine Sorgen machen. Eine Woche später habe er sich aber erneut mit einer Stenose auf dem Notfall vorstellen müssen. Solche Ereignisse würden einen kompletten Kontrollverlust bedeuten und grenzten an traumatische Erlebnisse. Aufgrund der realen Bedrohung, die den Panikanfällen zugrunde liege, gestalte sich die Therapie äusserst schwierig. Im Gegensatz zu klassischen Panikstörungen könnten keine eigentlichen Expositionsübungen durchgeführt werden. Die Angst vor erneuten Stenosen und möglichen Konsequenzen wie beispielsweise eine Operation am offenen Herzen, Leistungseinbruch, Invalidität oder gar der Tod infolge eines Gefässverschlusses sei omnipräsent, realistisch und nachvollziehbar. Der Versicherte sehe sich einer ständigen Bedrohung ausgesetzt, welcher er ohnmächtig gegenüber stehe. Nach einer schweren Exazerbation und akuten Dekompensation sei der Beschwerdeführer u.a. in der Klinik F. _____, im Psychiatricentrum G. _____ und in der Klinik H. _____ stationär behandelt worden. Er

stelle an sich selbst sehr hohe Leistungsansprüche. So erzeuge er einen hohen Druck, der wiederum die körperliche Grundanspannung erhöhe und damit das Auftreten von Panikanfällen begünstige. Einerseits zeige er eine hohe Arbeits- und Integrationsmotivation, andererseits sei gerade diese Motivation zusammen mit dem hohen Leistungsanspruch ein Faktor, der den Genesungsprozess hemme. Der Versicherte wisse um diese Mechanismen, sei jedoch noch nicht in der Lage, an seinen dysfunktionalen Denkmustern nachhaltig etwas zu verändern. Eine Panikattacke stelle für Betroffene einen vollständigen Kontrollverlust dar, weil immer das Gefühl bleibe, das Bewusstsein zu verlieren oder im Rahmen des Anfalls zu versterben. Beim Beschwerdeführer verschärfe sich diese Problematik durch die reale Bedrohung fortschreitender Stenosierungen. Im Übrigen seien die Symptome einer Panikattacke denen eines Herzinfarktes sehr ähnlich. Die verminderte Belastbarkeit verlange nach regelmässigen und ausreichend langen Ruhe- und Erholungsphasen; aktuell seien diese kaum mit einer Erwerbstätigkeit vereinbar. Die erhöhte Ablenkbarkeit führe zu einer erhöhten Fehleranfälligkeit, was in der bisherigen Tätigkeit als ... ein erhöhtes Unfallrisiko bedeute. Deshalb sei jene nicht mehr zumutbar.

3.1.5 In der Stellungnahme vom 28. Dezember 2015 (AB 84) legte die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, dar, je mehr dem Beschwerdeführer zur Schonung geraten werde, desto mehr werde er in der Annahme bestärkt, sein Herz sei schwer krank, und desto intensiver dürften sich die psychischen Symptome bemerkbar machen. Tatsächlich würden ihn mehr die Ängste und ihre Folgeerscheinungen bedrohen, als die Koronarerkrankung. Erhöhte innere Anspannung mit hoher Präsenz von Stresshormonen im Blut, Psychomedikation, inaktive Lebensweise usw. seien für die Gefässe ungünstig. Die Koronarerkrankung selbst berge zwar auch Risiken, allerdings sei der grösste Teil des Herzgewebes bis anhin unbeschadet geblieben. Die Situation sei unter Medikation relativ stabil und bei Beachtung einer angepassten Ernährungsweise und unter Fortsetzung der Blutverdünnung ständen die Chancen nicht schlecht, dass die Situation auch weiterhin relativ stabil bleibe; auch ein aktiver Lebenswandel hätte eine protektive Wirkung. Der Beschwerdeführer müsse sich einer andern Arbeit zuwenden. Da er sich keineswegs so weit schonen müsse, dass nur sitzende Arbeit zumutbar wäre, seien durchaus

auch andere leichtere Tätigkeiten zumutbar, gemäss Herzleistung sogar auch mittelschwere. Zwar sei Schwerarbeit unzumutbar. Mittelschwere Tätigkeiten seien jedoch grundsätzlich zumutbar (bei gutem Trainingszustand bedeutete dies Gewichte bis 20 kg; realistisch seien solche bis 10 kg). Medizinisch lasse sich dabei keine zeitliche Einschränkung begründen.

3.1.6 Im Verlaufsbericht vom 7. Juni 2016 des Spitals E._____ (AB 98/2) wurde angegeben, der Gesundheitszustand sei stationär. Der Patient zeige weiterhin ausgeprägte Paniksymptome. Er verfüge über wenig Stressresistenz. Zwischenzeitlich würden sich auch Panikattacken ohne objektivierbare Trigger ergeben. Körperempfindungen, die der Patient nicht klar einordnen könne, lösten unmittelbar Angst aus, die Tage anhalten könne. Dadurch sei die Konzentrationsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Die Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien Tätigkeiten, bei denen die Erwartungen klar seien, die keine allzu hohen Ziele beinhalten und die den Beschwerdeführer aber dennoch etwas fordern würden.

3.1.7 Im MEDAS-Gutachten vom 7. März 2017 (AB 123.1) wurden nach internistischer, neurologischer, psychiatrischer, kardiologischer und orthopädischer Untersuchung folgende Diagnosen gestellt (S. 34 f.):

Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

- Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0)

Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

- Kombinationskopfschmerz
- St. n. Schädelhirntrauma Januar 2016 ohne Relevanz
- Unspezifisches Zervikalsyndrom ohne radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik
- Lungenemphysem mit
 - bullösen Veränderungen in beiden Oberlappen rechtsbetont
 - leichter Anstrengungshypoxämie infolge inadäquater Hyperventilation
- Dyslipidämie
- Nikotinabusus
- Übergewicht / Prae-Adipositas, BMI 26.4
- Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1)

- Komplexe KHK, mit Status nach multipler Katheterintervention mit Stentimplantation in allen drei Kranzarterien (gegenwärtig stabiler Befund ohne Hinweise auf eine erneute Progredienz der KHK)
- Wiederkehrende Cervikalgien bei degenerativen HWS-Veränderungen
- Wiederkehrende Lumbalgien bei degenerativen LWS-Veränderungen
- Status nach undislozierter Schulterblattfraktur links im Januar 2016
- Beginnende rechtsbetonte Retropatellararthrose (anamnestisch)
- Status nach Kahnbeinfraktur rechte Handwurzel 1981 mit nachfolgender dreifacher Operation, ausgeheilt mit eingeschränkter Dorsalextension im rechten Handgelenk (beschwerdefrei)
- Status nach Sprunggelenkfraktur rechts 1984 (folgenlos ausgeheilt)
- Spreizfuss beidseits

Das im Januar 2016 erlittene Schädeltrauma ergebe bei der klinischen Untersuchung keine Auffälligkeiten. Es bestehe eine kombinierte Kopfschmerzsymptomatik, ein unspezifisches zervikozephalisches Beschwerdebild, spannungskopfschmerzartig, überlagert von einem Migränekopfschmerz (S. 33). Dieses werde seit dem Unfall als verstärkt angegeben. Es hätten sich aber keine neurologischen Ausfälle ergeben, das Schädel-CT sei ohne pathologischen Befund geblieben. In kardiologischer Hinsicht bestehe eine komplexe koronare Herzkrankheit (KHK) mit Status nach multiplen Herzkatheterinterventionen mit Stentimplantationen in allen drei Kranzarterien. Der Zustand sei gegenwärtig stabil; es beständen keine Hinweise auf eine erneute Progredienz der KHK. Aufgrund der objektivierbaren Funktionseinschränkungen betreffend die Wirbelsäule seien langanhaltendes Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen und langanhaltendes Arbeiten mit Belastungen der Wirbelsäule ausserhalb der Körperachse nicht mehr zumutbar. Auch ausschliesslich schweres körperliches Arbeiten sollte nicht mehr erfolgen. Darüber hinaus lasse sich auf orthopädischem Fachgebiet kein negatives Fähigkeitsprofil definieren (S. 34). In seiner angestammten Tätigkeit als ... sei der Explorand aus psychiatrischer Sicht nicht mehr einsetzbar. Die Tätigkeit in der ... als ... sei wegen der möglichen erhöhten Ablenkbarkeit und der nicht auszuschliessend erhöhten Unfallgefahr bei hoher Verantwortung für die ... wegen der episodisch paroxysmalen Angst aus Sicherheitsgründen nicht mehr zumutbar. Zumutbar sei eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit der Möglichkeit von zusätzlichen Pausen und einer Wechselbelastung (Stehen, Gehen, Sitzen). Nicht mehr

zugemutet werden sollten Tätigkeiten mit häufigem Bücken und Heben von Lasten über 25 kg (S. 34). In einer entsprechenden Verweistätigkeit bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkung der Leistung oder der Präsenzzeit. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sei seit Ende Januar 2015 (Austritt aus dem Psychiatrischen Zentrum G._____) zumutbar (S. 36).

3.1.8 Dr. med. J._____, Facharzt für Kardiologie, für Arbeitsmedizin und für Allgemeine Innere Medizin, RAD, nahm am 6. Juni 2017 Stellung (AB 140/2). Es bestehe eine schwere koronare 3-Gefässerkrankung mit mehrfachen Infarkt komplikationen, wobei der linke Ventrikel nahezu unbeschädigt geblieben sei. Seit 2002 seien insgesamt mindestens 10 Stents in allen drei Kranzarterien implantiert worden, zuletzt 2014. Gemäss den Akten sei der Beschwerdeführer kardial mindestens seit 2014 komplett beschwerdefrei (nach eigenen Angaben seien seit 2009 keine Angina pectoris, keine Herzinsuffizienz, keine Rhythmusstörungen, keine Synkopen und keine Reanimationen zu verzeichnen). Die erreichte Leistung bei der fahrradergometrischen Belastung entspreche einer altersnormalen Leistung eines gesunden Mannes. Zeichen einer residualen Durchblutungsstörung der Kranzgefässe im Sinne einer Re-Stenose hätten nicht gefunden werden können. Im gutachterlich angefertigten Echokardiogramm habe sich der Ventrikel normal gross dargestellt. Die Pumpleistung sei mit einer EF von 50-55 % angegeben worden, was einer maximal leichten Einschränkung der linksventrikulären systolischen Funktion entspreche. Demgegenüber sei der echokardiografische Referenzbefund vom 16. Januar 2014 unter den Bedingungen eines akuten Koronarsyndroms mit schwerer beeinträchtigter Durchblutung der Herzvorderwand erhoben worden; die damalige EF von 40-45% habe einer mittelschweren Schädigung der Pumpfunktion entsprochen. Folglich sei die scheinbar unplausible Differenz zwischen den Messwerten von 2014 (EF 40-45%) und von 2016 (EF 50-55%) aus kardiologischer Sicht nachvollziehbar. Die Differenz der Werte bilde den Erfolg der erneuten Stent-PTCA des RIVA vom 16. Januar 2014 ab. Weitere Abklärungen seien aus kardiologischer Sicht nicht angezeigt. In Übereinstimmung mit dem MEDAS-Gutachten könne weiterhin davon ausgegangen werden, dass die koronare Herzkrankheit und ihre aktuell exzellent beherrschten Folgen keine Leistungsminderung hervorrufen würden.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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

3.3 Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2017 (AB 141) hat die Beschwerdegegnerin massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 7. März 2017 (AB 123.1) abgestellt. Dieses erfüllt die von der höchstichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiervor) und überzeugt. Die Expertise beruht auf einlässlichen Untersuchungen und wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Kenntnis der Vorakten erstattet. In der Darlegung der medizinischen Situation ist sie widerspruchsfrei und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Es finden sich weder Hinweise für eine Unrichtigkeit des Gutachtens noch Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung sprechen. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung wird die

Schlüssigkeit der gutachterlichen Feststellungen denn auch nicht durch Berichte behandelnder Ärzte in Zweifel gezogen (vgl. sogleich).

3.3.1 Soweit der Beschwerdeführer weiterhin (vgl. AB 132/1, 132/8 ff.) geltend macht, die Einschätzung des kardiologischen Gutachters stehe im Widerspruch zu derjenigen seines behandelnden Herzspezialisten, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Auftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, die versicherungsmedizinische Einschätzung stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Dies ist hier jedoch nicht der Fall:

Aus dem Umstand, dass der behandelnde Herzspezialist andere Testergebnisse ermittelte als der kardiologische Gutachter, kann – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nicht geschlossen werden, das MEDAS-Gutachten sei unverwertbar. Dass die Ejektionsfraktion (EF) im Jahr 2014 bei 45% lag (vgl. AB 6.2/16, 132/14) und Ende 2016 anlässlich der Begutachtung eine EF von 50-55% festgestellt wurde (AB 123.3/1), ist vielmehr nachvollziehbar: Wie der RAD-Kardiologe im Anhörungsverfahren überzeugend und schlüssig darlegte, bildet diese Differenz die im Jahr 2014 erfolgreich durchgeführte Behandlung ab (AB 140/4). Abgesehen davon, dass der behandelnde Herzspezialist bereits 2014 trotz des damals noch tieferen Werts allein von einer leichten Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausging und weitere Tests als nicht indiziert erachtete (AB 11/12), ist den Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer kardial schon längere Zeit beschwerdefrei ist. So hat er angegeben, es seien seit 2009 keine Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen oder Synkopen aufgetreten (vgl. AB 140/3; vgl. auch AB 47.1/3, 84/4, 123.3/1). Gegenteiliges macht der Beschwerdeführer weiterhin nicht geltend. Vielmehr hat er anlässlich der kardiologischen Begutachtung vom 17. November 2016

bestätigt, subjektiv beständen keine kardialen Beschwerden (AB 123.3/1). Hinzu kommt, dass die Ejektionsfraktion mittels unterschiedlichen Methoden gemessen werden kann; dabei liefern die Messmethoden – insbesondere im (hier vorliegenden) Bereich der leichten bis mittelschweren Ventrikelschädigungen, d.h. bei einer EF zwischen 40% und 60% – sehr variable Zahlenwerte (AB 140/4). Somit vermag der Beschwerdeführer aus den unterschiedlich ausgefallenen Messdaten nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Auswurfraction nicht der einzig massgebliche Faktor zur Beurteilung einer kardiologischen Leistungsminderung darstellt. Entscheidend für die hier geforderte Beurteilung sind schliesslich nicht einzelne Messwerte, sondern die ärztlich konsistent darzulegende Auswirkung allfälliger Gesundheitsschäden auf die Leistungsfähigkeit. Bei der fahrradergometrischen Belastung erreichte der Beschwerdeführer eine altersnormale Leistung eines gesunden Mannes (AB 140/3). Aus den dargelegten Gründen erweisen sich zusätzliche kardiologische Untersuchungen, wie sie der Beschwerdeführer beantragt, nicht als notwendig (vgl. auch AB 140/4). Von solchen wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Die kardiologische Problematik wurde im MEDAS-Gutachten hinreichend gewürdigt und in die Konsensbeurteilung miteinbezogen. Dass sich die Situation seither verändert hätte, macht der Beschwerdeführer nicht geltend. Auch bringt er keine Arztberichte bei, welche die postulierte andauernde mittelschwere Einschränkung der Leistungsfähigkeit belegen würde. Folglich hat als erstellt zu gelten, dass die Herzkrankheit aus somatischer Sicht stabil ist (AB 123.3/2) resp. „exzellent“ beherrscht wird (AB 140/4) und in einer angepassten Tätigkeit keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt (vgl. AB 123.1/35, 140/4).

3.3.2 In psychiatrischer Hinsicht zeigen die Akten im Wesentlichen ein einheitliches Bild. Praktisch sämtliche involvierten Fachärzte gehen vom Vorliegen einer Panikstörung aus. Soweit die Erstgutachterin davon abweichend im November 2014 eine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert noch ausgeschlossen hatte (AB 25.2/11), ist darauf nicht abzustellen. Dass die bisherige Tätigkeit als ... aus Sicherheitsüberlegungen ausgeschlossen ist, ist denn auch zu Recht unbestritten. Primär aufgrund der hohen Verantwortung in diesem Beruf bzw. aus Sicherheitsgründen (AB 123.1/34;

vgl. auch AB 24/3, 31/2) besteht in jener Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Hingegen ist aufgrund der überzeugenden und schlüssigen Ausführungen der Gutachter sowie in Übereinstimmung mit weiteren Arztberichten erstellt, dass in einer adaptierten Tätigkeit seit Ende Januar 2015 eine volle Arbeitsfähigkeit mit ganztägiger Präsenz und Leistungsfähigkeit besteht (AB 123.1/36; vgl. auch AB 84/6, 98/4, 140/4). Da in einer angepassten Tätigkeit bereits aus rein medizinischer Sicht keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit besteht, bedarf es der weitergehenden Prüfung anhand des für alle psychischen Störungen massgeblichen strukturierten Beweisverfahrens nicht (zur Publikation vorgesehener Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. November 2017, 8C_130/2017, E. 7.1).

3.3.3 Somit ist die Invaliditätsbemessung auf der Basis einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit vorzunehmen.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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).

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

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13

S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss 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).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität resp. Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.2 Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich wird vom Beschwerdeführer – abgesehen von der Nichtgewährung eines sog. leidensbedingten Abzugs (vgl. sogleich) – nicht bestritten und es bestehen auch keine Anhaltspunkte für dessen Unrichtigkeit. Insbesondere ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Invaliditätsbemessung auf das Jahr 2015 hin vorgenommen, das Valideneinkommen (Fr. 74'462.--) gestützt auf die Lohnangaben des ehemaligen Arbeitgebers (AB 10) und das Invalideneinkommen auf der Basis von Tabellenlöhnen (LSE 2014, TA1, Total Männer, Kompetenzniveau 1, aufindexiert pro 2015 [Fr. 5'312.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden / 2220 x 2226 Nominallohnentwicklung = Fr. 66'633.--]) ermittelt hat (vgl. AB 141/1).

4.2.1 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, es sei ihm ein behinderungsbedingter Abzug vom Invalideneinkommen zu gewähren, kann ihm

nicht gefolgt werden: Zunächst ist der 1961 geborene Beschwerdeführer nicht in einem Alter, das einen Wiedereinstieg von vornherein verunmöglichen würde, zumal er nicht eine im Sinne der Rechtsprechung lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt zu verzeichnen hat (vgl. AB 10, 90/6). In einer optimal angepassten Tätigkeit besteht denn auch kein Bedarf an zusätzlichen Pausen; weder die zeitliche Präsenzzeit noch die Leistungsfähigkeit ist eingeschränkt (vgl. AB 123.1/36). Eine allfällige allgemeine verminderte Belastbarkeit ist im Zumutbarkeitsprofil enthalten; eine erneute Anrechnung würde auf eine unzulässige doppelte Berücksichtigung hinauslaufen. Weiter war der Beschwerdeführer als Gesunder nicht Grobmotoriker. Sodann gereicht ihm auch der Umstand, dass er relativ lange bzw. von 2007 bis 2015 (AB 10, 74/5) für den gleichen Arbeitgeber tätig war, nicht in dem Sinne zum Nachteil, dass er einen allfälligen lohnrelevanten Vorteil der bisherigen Dienstjahre in einer neuen Tätigkeit verlieren würde. Denn das Anfangseinkommen in einer neuen Firma bestimmt sich in der Regel nicht isoliert nach der Anzahl Dienstjahre, sondern u.a. auch aufgrund der mitgebrachten Berufserfahrungen. Zudem ist eine lange Dienstdauer beim gleichen Arbeitgeber auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus positiv zu werten, indem die durch die langjährige Betriebstreue ausgewiesene Zuverlässigkeit und Tüchtigkeit sich bei einem anderen Arbeitgeber im Anfangslohn niederschlägt. Vor allem aber bleibt zu beachten, dass die Bedeutung der Dienstjahre im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist (Entscheid des BGer vom 13. Februar 2012, 8C_939/2011, E. 5.2.3). Da auch die übrigen Kriterien, namentlich die Nationalität (Schweizerbürger) und der noch mögliche Beschäftigungsgrad (100%), keine lohnmassige Benachteiligung des Beschwerdeführers bewirken, besteht keine Grundlage für einen Abzug vom Invalideneinkommen. Der Vollständigkeit halber ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass ein Abzug – selbst wenn dieser in der Maximalhöhe von 25% gewährt würde – am Ergebnis nichts ändern würde (vgl. sogleich).

4.2.2 Aus der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen (Fr. 74'462.-- resp. Fr. 66'633.--) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 7'829.--, was einem Invaliditätsgrad von aufgerundet 11% entspricht. Würde ein – hier offensichtlich nicht gerechtfertigter (vgl. E. 4.2.1 hiavor) – Maximalabzug von 25% vom Invalideneinkommen berücksichtigt (d.h. ab-

züglich Fr. 16'658.-- [= Fr. 49'975.--]), ergäbe dies ein Invaliditätsgrad von 33%. Ein Rentenanspruch wurde zu Recht verneint (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.3 Nach dem Dargelegten erweist sich die gegen die Verfügung vom 13. Juli 2017 (AB 141) erhobene Beschwerde als offensichtlich unbegründet. Soweit darauf einzutreten ist, ist die 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Vorbehalten bleibt das nachstehend zu prüfende Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (E. 5.3 hiernach).

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (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 Verfahrenskosten, wenn sie nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 111 Abs. 1 VRPG; vgl. auch Art. 117 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 [Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272]).

5.3.1 Eine Person ist bedürftig, wenn sie nicht in der Lage ist, für die Prozesskosten aufzukommen, ohne dass sie Mittel beanspruchen müsste, die zur Deckung des Grundbedarfs für sie und ihre Familie notwendig sind (BGE 128 I 225 E. 2.5.1 S. 232). Massgebend sind die wirtschaftlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der Gesuchseinreichung (BGE 122 I 5 E. 4a S. 6; SVR 2009 UV Nr. 12 S. 50 E. 4.1). Die Grenze für die Annahme von Bedürftigkeit im Sinne der Regeln über die unentgeltliche Verbeiständung liegt

höher als diejenige des betriebsrechtlichen Existenzminimums (RKUV 2000 KV 119 S. 155 E. 2).

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

5.3.2 Die prozessuale Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist aufgrund der eingereichten Akten zu bejahen. Zudem kann die ohne anwaltliche Vertretung erhobene Beschwerde gerade noch nicht als aussichtslos im hier vor dargelegten Sinn (E. 5.3.1) bezeichnet werden. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege im Sinne der Befreiung von Verfahrenskosten ist deshalb gutzuheissen und der Beschwerdeführer ist – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 ZPO, d.h. sobald er innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist – vorläufig von der Pflicht zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu befreien.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird hinsichtlich der Verfahrenskosten gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen

Rechtspflege wird er – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

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.