

200 18 225 IV
SCP/GET/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 31. Juli 2018

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Februar 2018



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene, ... in die Schweiz eingereiste und zuletzt (bis 1995) als ... erwerbstätige A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) reichte im September 1996 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf ein Rückenleiden ein Leistungsgesuch ein (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 1.1 S. 112, 127-132, 134; 50.2 S. 15). Nachdem eine (einjährige) Umschulung zum ... (act. II 1.1 S. 36) „aus gesundheitlichen Gründen“ gescheitert war (act. II 1.1 S. 26), sprach ihm die IVB mit Verfügung vom 21. September 1999 (act. II 5) rückwirkend ab Dezember 1995 bei einem Invaliditätsgrad von 60% eine halbe Invalidenrente (samt Zusatzrente für die Ehegattin und Kinderrente für den 1992 geborenen Sohn) zu, welche im April 2000 (act. II 13) und im Februar 2003 (act. II 17) revisionsweise bestätigt wurde. Per 1. Januar 2004 erhöhte die IVB im Zuge der 4. IV-Revision bei unverändertem Invaliditätsgrad die bisherige halbe auf eine Dreiviertelsrente (samt Zusatzrente für die Ehegattin und die Kinderrente [act. II 19 S. 2 ff.]). Dieser Anspruch wurde im Dezember 2008 (act. II 31) revisionsweise bestätigt.

Im November 2012 leitete die IVB ein weiteres Revisionsverfahren von Amtes wegen ein, wobei der Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes („Vermehrt mehr Schmerzen“) geltend machte und insbesondere auf eine seit Februar 2004 bestehende, zuletzt im Oktober 2009 behandelte koronare Dreigefässerkrankung hinwies (act. II 39 f.). Hierauf liess die IVB den Versicherten durch die Dres. med. C._____, Fachärztin für Neurochirurgie, und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär begutachten (Expertisen vom 15. April 2013 [act. II 50.2] und 11. Juli 2013 [act. II 53.1 f.]) und holte bei med. pract. E._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), zwecks Beurteilung der kardiologischen Problematik diverse Berichte ein (vgl. act. II 43 S. 4 f.; 55 S. 2 f.; 69 S. 2]). Mit Verfügung vom 7. April 2014 (act. II 71) hob die IVB die Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 22% auf das Ende des der Zustel-

lung der Verfügung folgenden Monats auf. Ein in der Folge durchgeführtes Belastbarkeitstraining (act. II 80; 91) wurde „aus gesundheitlichen Gründen“ im November 2014 abgebrochen (act. II 96). Mit Urteil vom 21. November 2014 (VGE IV/2014/487 [act. II 98]) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, die gegen die Verfügung vom 7. April 2014 gerichtete Beschwerde ab. Die dagegen beim Bundesgericht erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten (Akten der IVB [act. IIA] 104 S. 2 ff.) zog der Versicherte wieder zurück (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. März 2015, 9C_22/2015 [act. IIA 112]), nachdem das Bundesgericht sein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege abgewiesen hatte (Akten der IVB [act. IIA] 106).

B.

Im Februar 2016 ersuchte der Versicherte die IVB „um Neuüberprüfung des Leistungsanspruchs in Bezug auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und auf eine Invalidenrente“ (act. IIA 122 f.). Nachdem der Versicherte diverse Berichte behandelnder Ärzte eingereicht und die IVB weitere medizinische Stellungnahmen eingeholt hatte, liess sie den Versicherten bei der F._____ AG (F._____; nachfolgend MEDAS) polydisziplinär begutachten (Expertise vom 9. Februar 2017 [act. IIA 165.1 ff.]). Mit Vorbescheid vom 23. Februar 2017 (act. IIA 167) stellte die IVB dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 0% die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte Einwand (act. IIA 178 S. 1-7) und legte diverse Berichte behandelnder Ärzte ins Recht (act. IIA 178 S. 8-17; 180; 182; 184; 187), woraufhin die IVB bei der MEDAS eine Stellungnahme einholte (act. IIA 190.1). Nach erneuter Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. IIA 192-200) verfügte die IVB am 12. Februar 2018 (act. IIA 201) wie im Vorbescheid vom 23. Februar bzw. 6. Oktober 2017 (act. IIA 192) in Aussicht gestellt.

C.

Gegen die Verfügung vom 12. Februar 2018 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt und Notar B. _____, mit Eingabe vom 15. März 2018 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 12. Februar 2018 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. a) Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% zzgl. einem Verzugszins zu 5% ab wann rechtens auszurichten.

b) Eventualiter: Es sei die Beschwerdesache zu medizinischen und beruflichen Abklärungen an die IV-Stelle Bern zurück zu weisen.

c) Subeventualiter: Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten unter Einbezug mindestens der internistischen, kardiologischen, rheumatologisch-orthopädischen und psychiatrischen Fachdisziplinen einzuholen.
3. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Parteibefragung durchzuführen.
4. Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtssverteidigung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.
5. Der Beschwerdeführer sei von der Leistung eines Gerichtskostenvorschusses zu dispensieren.
6. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

In der Begründung macht der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, der medizinische Sachverhalt sei aus kardiologischer Sicht (S. 4 ff., Ziffer 4) sowie hinsichtlich der „wirbelsäulenassoziierten Beschwerden“ (S. 6 f., Ziffer 5) nicht rechtsgenügend abgeklärt worden. Weiter habe mit Bezug auf die psychischen Beschwerden entgegen der IVB eine Indikatorenprüfung zu erfolgen (S. 7 f., Ziffer 6). Ferner benötige der Beschwerdeführer „Eingliederungshilfen“ (S. 8). Schliesslich sei auch der Einkommensvergleich mit Bezug auf die Ermittlung des Valideneinkommens sowie des Tabellenlohnabzugs nicht korrekt (S. 9, Ziffer 7).

Mit Beschwerdeantwort vom 20. April 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 4. Mai 2018 setzte der Instruktionsrichter die öffentliche Schlussverhandlung nach Art. 6 Abs. 1 der Europäi-

schen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) auf den 24. Juli 2018 fest und gab dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die Zusammensetzung des Spruchkörpers bekannt.

Entsprechend den prozessleitenden Verfügungen des Instruktionsrichters vom 20. März und 4. Mai 2018 reichte Rechtsanwalt B._____ am 1. Juni 2018 dem Gericht das Sozialhilfebudget seines Mandanten ein (Akten des Beschwerdeführers [act. I], 4). Weiter erklärte der Beschwerdeführer, über keine Rechtsschutzversicherung zu verfügen (act. I 3).

Mit Verfügung vom 4. Juni 2018 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt und Notar B._____ als amtlicher Anwalt für das vorliegende Verfahren IV/2018/225 gut.

Am 4. Juli 2018 teilte die Beschwerdegegnerin dem Gericht mit, sie lasse sich für die Schlussverhandlung entschuldigen.

An der öffentlichen Schlussverhandlung vom 24. Juli 2018 bestätigte und begründete der Beschwerdeführer die beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren.

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 Anträ-

gen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 12. Februar 2018 (act. IIA 201). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. Soweit der Beschwerdeführer auch (nicht näher bezeichnete) „Eingliederungshilfen“ beantragt (vgl. Beschwerde, S. 8), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Mit Urteil vom 21. November 2014 (VGE IV/2014/487 [act. II 98]) hat sich das angerufene Gericht zum Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen abschliessend geäussert (S. 16 f., E. 5) und mit Mitteilung vom 31. März 2015 (act. IIA 119) hat die Beschwerdegegnerin ein erneutes Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abermals abgewiesen, weil solche aus Sicht des Beschwerdeführers „keinen Sinn machten“. Folglich hat die Beschwerdegegnerin bei diesbezüglich unveränderten Verhältnissen – der Beschwerdeführer traut sich eine berufliche Wiedereingliederung in keiner Weise zu (vgl. act. IIA 165.6 S. 5) – über allfällige Eingliederungsmassnahmen weder verfügt noch hatte sie darüber zu verfügen. Soweit es sich dabei nicht um eine abgeurteilte Sache handelt, fehlt es insoweit an einem Anfechtungsobjekt.

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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (vgl. E. 2.1 vorne) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanschuldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2

und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

2.3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch 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. 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) 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).

2.3.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision 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).

2.3.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlag-

gebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

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 Neuanmeldung vom Februar 2016 (act. IIA 122 f.) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxismässig nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die mit VGE IV/2014/487 vom 21. November 2014 (act. II 98) im Ergebnis bestätigte Verfügung vom 7. April 2014 (act. II 71) – mit der ein Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 22% verneint wurde – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 12. Februar 2018 (vgl. E. 2.3.3 vorne).

3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 7. April 2014 stützte sich die Beschwerdegegnerin namentlich auf das (gemäss VGE IV/2014/487, E. 3.5, voll beweiskräftige [act. II 98 S. 11]) bidisziplinäre neurochirurgisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. C._____ und D._____ vom 15. April bzw. 11. Juli 2013 (act. II 50.2; 53.1 f.) sowie auf den (ebenfalls als beweiswertig beurteilten [VGE IV/2014/487, E. 3.5; act. II 98 S. 12]) Bericht der RAD-Ärztin med. pract. E._____ vom 30. September 2013 (act. II 55 S. 2 f.), ab.

3.2.1 Die Dres. med. C._____ und D._____ stellten interdisziplinär die folgenden Diagnosen (act. II 53.2 S. 1):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Chronisches lumbales und lumboschialgieformes Schmerzsyndrom rechts mit/bei

- LWS-Fehlform/-haltung
- degenerativen LWS-Veränderungen (beginnende Spondylosis deformans, beginnende Fazettengelenksarthrosen L3 – S1, Chondrose der unteren LWS, epidurale Lipomatose L4 - S1, kleine mediane DH L4/5 ohne Neurokompression, flache mediane Diskusprotrusion L5/S1 ohne Neurokompression)
- St. n. DH-OP (Mikrodiskektomie) L3/4 rechts 10/1995, 02/1996, 12/1996

Seitens des Fachgebietes Psychiatrie bestehe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Dekonditionierung

1997 vordiagnostizierte „leichte psychische Störung“ ohne Zuordnung zur ICD-10, aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht als krankheitswertige psychische Störung nachvollziehbar

In der Beurteilung hielten die Dres. med. C. _____ und D. _____ fest, aus interdisziplinärer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf Grund der bestehenden körperlichen Beeinträchtigungen als qualitativ und quantitativ beeinträchtigt zu beurteilen. Ihm seien körperlich leichte bis körperlich mittelschwere – der Anteil mittelschwerer Arbeit sei mit 50% begrenzt –, konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche bei dabei bestehender, 10% bis maximal 20% verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar (S. 2). Die bisherige Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar (S. 3).

3.2.2 Die RAD-Ärztin med. pract. E. _____ hielt im Bericht vom 30. September 2013 (act. II 55 S. 2 f.) unter Bezugnahme auf die letzte Koronarographie vom 21. April 2010 (vgl. act. II 40), welche eine normale systolische „LV-Funktion seit 10/09“ (Funktion des linken Ventrikels) ergeben habe (vgl. S. 2), fest, unter Berücksichtigung des neurochirurgischen Gutachtens und der kardialen Situation sei dem Beschwerdeführer eine leichte abwechselnde Tätigkeit bzw. eine überwiegend sitzende Tätigkeit (Anteil sitzend 50%, restl. Zeit stehend/gehend) ganztags mit einer 10 bis max. 20%igen Leistungsreduktion unter Einhaltung der Rückenergonomie zumutbar (S. 3).

3.3 Mit Bezug auf den Zeitraum zwischen der Verfügung vom 7. April 2014 und der hier angefochtenen Verfügung vom 12. Februar 2018 präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 6. Juli 2015 (act. IIA 128 S. 4-9) ein chronisches LWS-Syndrom bei FBSS (failed back surgery syndrome) mit Hinweisen für eine starke muskuläre Komponente, eine Störung der Facetten L4/5, L5/S1 rechts und Irritation der Radix L5 rechts, ein HWS-Syndrom mit Irritation der Facetten C1/2 und C5-C7 rechts mit pseudoradikulärer Symptomatik im Schulterbereich rechts sowie ein „chronisches höchstchronifiziertes“ Wirbelsäulensyndrom mit Tendenz zum Wide spread Pain (S. 4). In der Beurteilung hielt er fest, es zeige sich ein „äusserst chronifiziertes Krankheitsbild“ (S. 8).

3.3.2 Vom bis Februar 2016 erfolgte eine Hospitalisation im Spital H._____. (nachfolgend Spital H._____). Im entsprechenden Bericht vom 9. Februar 2016 (act. IIA 128 S. 15-17) wurde im Wesentlichen eine (seit 2004 bestehende) koronare Dreifässerkrankung diagnostiziert (S. 15). In der durchgeführten Herzkatheteruntersuchung habe sich bei vorbekannter koronarer Herzerkrankung eine Progression der Erkrankung gezeigt mit aktuell hochgradiger de novo Stenose des 2. MA (Marginalastes), sowie einer hochgradigen In-Stent Restenose des proximalen RIVA (Ramus interventricularis anterior [Ast der linken Koronararterie]). Beide Läsionen hätten mittels Dilatation und Implantation von je einem medikamentenbeschichteten Stent mit gutem Resultat behandelt werden können. Neben diesem Befund habe sich zudem eine signifikante In-Stent Re-Restenose im vertikalen Segment der RCA (rechte Koronararterie) gestellt. Diese sei aktuell bewusst belassen worden und werde in vier Wochen interventionell angegangen werden. Die systolische LV-Funktion sei mit einer EF (Ejektionsfraktion) von 65% normal. Der postinterventionelle Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Die Punktionsstelle radial rechts sei bei Austritt indolent und ohne relevantes Hämatom gewesen. Das postinterventionelle EKG (Elektrokardiogramm) sei unverändert zum Vorbefund und die kardialen Biomarker hätten keinen signifikanten Anstieg gezeigt.

Der Beschwerdeführer habe am nächsten Tag beschwerdefrei nach Hause entlassen werden können (S. 16 f.).

Am ... 2016 erfolgte eine weitere Hospitalisation im Spital H._____. Im gleichentags verfassten Bericht (act. IIA 130 S. 3-5) wurde festgehalten, die Koronarangiographie vom ... 2016 zeige eine Dreifässerkrankung mit gutem Resultat nach PCI (perkutaner koronarer Intervention) der proximalen RIVA mit persistenter Malapposition aufgrund eines Aneurysmas im Stentbereich. Wie geplant, werde die 60%ige Instent-Restenose im Bereich der proximalen RCA sowie eine 60%ige Stentausgangsstenose im Bereich der mittleren RCA erfolgreich behandelt. Es habe sich ein komplikationsloser postinterventioneller Verlauf gezeigt. Das EKG sei unverändert zum Vorbefund gewesen und die kardialen Biomarker hätten keinen relevanten Anstieg gezeigt. Der Beschwerdeführer habe beschwerdefrei nach Hause entlassen werden können (S. 4 f.).

3.3.3 Vom bis 2016 war der Beschwerdeführer in der Klinik I._____ (Psychosomatische Medizin) hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 23. Mai 2016 (act. IIA 132 S. 6-9) wurde u.a. eine mittelgradige depressive Episode sowie ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, aktenanamnestisch Tendenz zum Wide spread Pain (ICD-10 F45.41) bei deutlicher Störung multipler kognitiver Funktionen im Rahmen der chronischen Schmerzverarbeitungsstörung, diagnostiziert (S. 6). Der Beschwerdeführer habe sehr vom stationären Klinikaufenthalt profitiert und er sei psychisch deutlich stabilisiert und erholt entlassen worden (S. 8).

3.3.4 Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfassten Bericht vom 21. Mai 2016 (act. IIA 132 S. 2-5) eine chronifizierte mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.10), ängstlich gefärbt, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.41). In der Gesamtschau zeige sich ein hoher Schweregrad mit Beschwerdechronifizierung bei bisher therapieresistenten Behandlungsversuchen der Depression, weshalb von einer eher ungünstigen Prognose im weiteren Krankheitsverlauf auszugehen sei. Aus psychiatrischer Sicht könne eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ...

postuliert werden. Zudem bestehe eine mindestens 60%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Verweistätigkeiten (S. 4).

Mit zu Händen der Beschwerdegegnerin erstelltem Bericht vom 12. August 2016 (act. IIA 150) hielt Dr. med. J. _____ fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit Juni 2015 in seiner ambulanten Behandlung. Die Sitzungsfrequenz finde dreiwöchentlich bis monatlich statt. Von Anfang an habe ein wechselhafter Verlauf mit aber in der Gesamtschau Verschlechterung des psychischen Zustandes beobachtet werden können. Seit dem Austritt aus der Klinik I. _____ hätten diverse Beschwerden bestanden. Die Antriebsarmut und die Konzentrationsstörungen führten zu schweren Beeinträchtigungen im Durchhaltevermögen und in den Gedächtnisfunktionen (S. 2). Zudem würden als sehr beeinträchtigend wirkende Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine beklagt, die Beschwerden seien aber fluktuierend und nicht konstant. Die Herzbeschwerden bei St. n. erfolgtem Myocardinfarkt (2004) zeigten auf den psychischen Zustand negative Auswirkungen mit Befindlichkeitsverschlechterung (S. 3).

3.3.5 Im polydisziplinären, eine orthopädisch/traumatologische, psychiatrische, internistische, neurologische und kardiologische Abklärung umfassenden MEDAS-Gutachten vom 9. Februar 2017 (act. IIA 165.1 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. IIA 165.1 S. 16 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0, F32.1), DD Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik, leicht - bis knapp mittelgradig (F43.2)
2. Schwere komplexe koronare Dreifässerkrankung
 - Status nach STEMI (ST-Hebungsinfarkt = Myocardinfarkt) Vorderwand (anterior) 09/2004 (Erstmanifestation)
 - Status nach STEMI vom 27. Oktober 2009
 - Status nach vielfachen Koronarinterventionen
 - Positive Myokardperfusionsszintigraphie am 26. Januar 2016 und nachfolgend Koronarangiographie vom 8. Februar 2016 mit hochgradiger In-Stent-Restenose bei Status nach Stenting (Cypher-Stent 2004) PTCA (Perkutane transluminale Koronarangioplastie) und Implantation eines beschichteten Stents im Bereich des Hauptstammes / proximalen RIVAS, mit Fenestration der RCX;
 - ausserdem hochgradige Stenose des 2. Marginalastes, hier ebenfalls PTCA und Stentimplatation
 - ausserdem hochgradige In-Stent-Re-Stenose bei Zustand nach PCI aus den Jahren 2009 und 2010 der rechten Kranzarterie bei Rechtsdomi-

nanz (diese wurde zeitversetzt um 4 Wochen zu einem späteren Zeitpunkt angegangen)

- 10. März 2016 letzte Koronarangiographie mit gutem Resultat nach Implantation der Stents im Bereich des proximalen RIVAS und des 2. Marginalastes. Versorgung der signifikanten In-Stent-Re-Stenose der RCA ebenfalls mit einem beschichteten Stent
3. Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule
- St. n. dreimaliger Operation L3/4
 - Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule
 - Degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule, insbesondere der unteren Lendenwirbelsäulensegmente

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Arterielle Hypertonie
2. Schwerhörigkeit links bei chronischer Otitis media (ED 1993), rezidivierenden perforierenden Otitiden und Zustand nach Tympanoossikuloplastik links 2013
3. Refluxösophagitis
4. Hyperlipidämie (aktenanamesisch)
5. Unklare Mikro- und Markohämaturie (ED 05/2016)
6. Adipositas Grad I (BMI 30.0 kg/m²)
7. Sensibles radikuläres Syndrom S1 rechts, abortiv sehr distal auch L5, am ehesten residuell
8. Chronisch unbeeinflussbarer Schmerz (R52.1)
9. Somatoforme autonome Funktionsstörung, das Herz betreffend (F45.30)
10. Kardiovaskuläre Risikofaktoren:
 - arterielle Hypertonie
 - Adipositas, BMI 30
 - Dyslipidämie
 - persistierender Nikotinabusus, aktuell 15 Zigaretten/Tag seit 30 Jahren

In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, auf orthopädisch/traumatologischem Fachgebiet würden hauptsächlich Schmerzen der Lendenwirbelsäule und der Brust-, beziehungsweise Halswirbelsäule angegeben. Insgesamt seien die Beschwerden an sich nicht konsistent gewesen und hätten nicht in Gänze nachvollzogen und objektiviert werden können. Aufgrund der Vorgeschichte der LWS und den stattgefundenen dreimaligen Operationen sei eine rezidivierende Schmerzsymptomatik natürlich verständlich. Eine zu objektivierende Funktionseinschränkung der

Wirbelsäule beziehungsweise beider Beine sei jedoch nicht vorhanden gewesen (S. 17).

Aus psychiatrischer Sicht sei es am wahrscheinlichsten, dass die lange Schmerzsymptomatik in Verbindung mit der Erwerbsuntätigkeit seit über 20 Jahren sukzessive auch zu einer Verschlechterung der psychischen Situation geführt habe und seit der Streichung der IV-Rente im Jahre 2013 auch zur Verschlechterung der psychosozialen Situation, die nun in der geklagten depressiven Symptomatik ihren Ausdruck finde. Es sei aus psychiatrischer Sicht so, dass sowohl die Schmerzsymptomatik, wie auch die depressive Störung und auch die schlechte soziale Situation sich gegenseitig negativ beeinflussten und bedingten. Die depressive Symptomatik sei am ehesten reaktiv und als leicht- bis mittelgradig einzustufen (S. 17 f.).

Auf allgemeininternistischem Gebiet sei die arterielle Hypertonie erwähnenswert. Kardiopulmonale Dekompensationszeichen fänden sich jedoch nicht, so dass aus allgemeininternistischer Sicht (ohne Berücksichtigung der im kardiologischen Gutachten beurteilten Koronaropathie) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (S. 18).

Von Seiten der Kardiologie sei eine schwere, komplexe koronare Dreifässerkrankung mit Status nach vielfachen Koronarinterventionen und stets wieder progredienter Symptomatik gefunden worden. Gegenwärtig sei der Beschwerdeführer relativ beschwerdefrei und relativ gut belastbar. Insgesamt sei kardiologisch von einem schönen Ergebnis nach den beiden letzten Koronarinterventionen vom Februar 2016 mit der Behandlung des proximalen RIVAs und des zweiten Marginalastes sowie vom März 2016 mit Behandlung der rechten Kranzarterie auszugehen (S. 18).

Neurologischerseits beständen keine schwerwiegenden Ausfälle. Die vom Beschwerdeführer als exzessiv beschriebenen Schmerzen könnten von neurologischer Seite her nicht nachvollzogen werden. Auch das zeitweise angegebene Brennen an den Füßen entspreche bei sehr gut auslösbaren Reflexen und nicht sockenförmig verteilten sensiblen Störungen keiner sicheren Polyneuropathie (S. 18).

Hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils hielten die Gutachter im polydisziplinären Konsens fest, dem Beschwerdeführer seien körperlich leichte bis

gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten möglich. Die Tätigkeiten sollten wechselweise im Gehen, Stehen und Sitzen stattfinden, mit der Möglichkeit der selbstgewählten Positionswechsel, jedoch überwiegend sitzenden Anteilen. Keine Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck, wie zum Beispiel Akkord- oder Fließbandarbeit. Gegen Tätigkeiten mit Wechselschicht beständen keine Bedenken. Tätigkeiten, die mit häufigem Bücken, Knien oder häufigen Zwangshaltungen verbunden seien sowie Tätigkeiten auf Gerüsten oder Leitern seien nicht zumutbar. Die Gebrauchsfähigkeit der Hände sei nicht beeinträchtigt. Zusätzliche betriebsunübliche Pausen seien nicht erforderlich. Aus psychiatrischer Sicht seien nur geringe Einschränkungen zu erkennen für eine leichte Hilfs- oder Anlern­tätigkeit. Bei einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Störung seien erheblicher Zeitdruck sowie besondere Anforderungen an Flexibilität und Konzentrationsfähigkeit nicht zuzumuten.

Im polydisziplinären Konsens sei somit die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... aufgehoben, in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Unter korrekt eingenommener und optimierter psychopharmakologischer Therapie sollte medizinischtheoretisch innert sechs Monaten in leidensadaptierter Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% zu erreichen sein (S. 19).

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte aus orthopädisch/traumatologischer Sicht seit 1999 und aus psychiatrischer Sicht seit Aufnahme der Behandlung bei Dr. med. J. _____ im Juni 2015 (S. 20). Kardiologischerseits bestehe keine dauernde und richtungsweisende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (S. 21).

3.3.6 Vom bis Mai 2017 war der Beschwerdeführer im Spital H. _____ aufgrund einer dringlichen elektiven Re-Koronographie bei aktuell progredienter Angina pectoris hospitalisiert. Im Bericht vom 12. Mai 2017 (act. IIA 180 S. 3-5) wurde festgehalten, in der Herzkatheteruntersuchung sei eine langstreckige Stenosierung des 1. Marginalastes festgestellt worden, die mittels Stentimplantation behandelt worden sei. Zudem sei noch eine Ballondilatation bei ostaler LCX-(Herzkranzgefäss-)Stenose erfolgt. Postinterventionell habe sich ein komplikationsloser Verlauf gezeigt. Die Punktionsstelle radial rechts sei bei Austritt indolent gewesen, ohne

relevantes Hämatom und es habe kein neues Strömungsgeräusch auskultiert werden können. Das postinterventionelle EKG sei unverändert zum Vorbefund gewesen und die kardialen Biomarker hätten keinen relevanten Anstieg gezeigt. Der Beschwerdeführer habe am Folgetag beschwerdefrei nach Hause entlassen werden können (S. 4).

3.3.7 Im zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfassten Bericht vom 3. Juli 2017 (act. IIA 182 S. 2-5) hielt Dr. med. J. _____ fest, es sei seit Mai 2017 zu einer erneuten Verschlechterung der Herzfunktion und damit zu einer Verschlechterung der Angstsymptomatik und des depressiven Zustandsbildes gekommen (S. 5).

3.3.8 Vom Juni bis 2017 erfolgte eine weitere Hospitalisation im Spital H. _____. Im Bericht vom 30. Juni 2017 (act. IIA 184 S. 4-6) hielten die behandelnden Ärzte fest, es sei eine erneute signifikante Stenose des distalen RCX mittels Implantation eines medikamentös beschichteten Stents behandelt worden. Der postinterventionelle Verlauf habe sich komplikationslos gezeigt. Die Punktionsstelle femoral rechts sei bei Austritt indolent gewesen, ohne relevantes Hämatom und es habe kein Strömungsgeräusch auskultiert und der Beschwerdeführer habe am interventionellen Tag in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (S. 5).

3.3.9 Dr. med. G. _____ hielt mit Bericht vom 3. August 2017 (act. IIA 187 S. 2 ff.) fest, die Diagnosen seien im Wesentlichen unverändert. Die Beinschmerzen rechts ständen momentan im Vordergrund, ein radikulärer Schmerz sei hier offensichtlich. Eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu 50% zumutbar (S. 5).

3.3.10 Mit Stellungnahme vom 29. September 2017 (act. IIA 190.1) hielten die MEDAS-Gutachter nach Vorlage der seit der Begutachtung erstellten Berichte der behandelnden Ärzte fest, aus kardiologischer, orthopädischer und psychiatrischer Sicht habe die im MEDAS-Gutachten vom 9. Februar 2017 dargelegte, polydisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weiterhin Gültigkeit (S. 10).

3.4

3.4.1 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.2 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.5 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 9. Februar 2017 (act. IIA 165.1 ff.) erfüllt für sich sowie im Verbund mit der Stellungnahme vom 29. September 2017 (act. IIA 190.1) die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet.

Danach liegen eine schwere komplexe koronare Dreifässerkrankung, chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule sowie eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode vor, welche Beeinträchtigungen die Arbeits-

fähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... zu 100% und eine den Leiden angepasste Tätigkeit qualitativ sowie – ohne optimierte psychopharmakologische Behandlung – auch quantitativ, im Umfang von 20%, einschränken.

3.6 Was der Beschwerdeführer gegen diese gutachtlichen Schlussfolgerungen vorbringt, dringt nicht durch:

3.6.1 Zunächst erweist sich die Kritik an den Einschätzungen von Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, als unbegründet. Im kardiologischen Gutachten vom 5. Dezember 2016 (act. IIA 165.7) hielt Dr. med. K._____ in Bestätigung der Berichte der behandelnden Ärzte des Spitals H._____ fest, dass es sich bei der Herzproblematik des Beschwerdeführers grundsätzlich um eine komplexe und progrediente Erkrankung handle (vgl. S. 4). Dies ändert jedoch nichts daran, dass gemäss dem Experten nach den letzten, mit der Neuankündigung zeitlich zusammenfallenden Behandlungen im Februar und März 2016 mit Bezug auf die Herzfunktion (wiederum) ein „erfreuliches Resultat“ erzielt werden konnte (S. 3). Etwas Anderes ergibt sich namentlich auch nicht aus den Berichten der behandelnden Kardiologen des Spitals H._____, welche auf eine normale systolische LV-Funktion und ein – im Vergleich zum Vorbefund – auch postinterventionell unverändertes EKG hinwiesen (act. IIA 128 S. 16 f.; 130 S. 5). Dass sich der Beschwerdeführer nach der Begutachtung erneut zweimal in kardiologische Behandlung begeben musste, schmälert den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. K._____ entgegen der in der Beschwerde (S. 4, Ziffer 4) sowie anlässlich der Schlussverhandlung vertretenen Auffassung nicht, stellt doch grundsätzlich jede Begutachtung eine Momentaufnahme dar und kann sich die gesundheitliche Situation prinzipiell stets und unvermittelt ändern. Im konkreten Fall hat der Gutachter zudem ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei der beim Beschwerdeführer vorliegenden Herzkrankheit um ein progredientes Leiden handle und mit einer Verschlechterung der Gesamtsituation jederzeit zu rechnen sei (act. IIA 165.7 S. 4). Die nach der Begutachtung eingetretene Entwicklung hält sich denn aufgrund der Aktenbeurteilung des Dr. med. K._____ auch im Rahmen des von ihm prognostizierten Verlaufs, so dass die weiteren kardiologischen Eingriffe nicht

zu einer zusätzlichen qualitativen und/oder quantitativen Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens geführt haben.

Sodann hat Dr. med. K. _____ in der Stellungnahme vom 29. Dezember 2017 zu der im Vorbescheidverfahren geäusserten Kritik (act. IIA 176 S. 3-5) am kardiologischen Teilgutachten vom 5. Dezember 2016 ausführlich Stellung bezogen (vgl. act. IIA 190.1 S. 3-5). Darauf kann verwiesen werden, zumal die Einschätzungen des Experten nicht durch andere fachmedizinische Berichte in Frage gestellt werden. Auch hinsichtlich der seit Erstellung des Gutachtens am 9. Februar 2017 erfolgten Entwicklung des kardiologischen Gesundheitszustandes hat sich Dr. med. K. _____ entgegen dem Beschwerdeführer schlüssig geäussert und nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass die erneuten Untersuchungen vom ... und ... 2017 keine wesentliche Verschlechterung dokumentierten und folglich an den Ergebnissen im Gutachten nichts zu ändern vermöchten (S. 5). Dies steht denn auch im Einklang mit den Berichten der behandelnden Kardiologen, wonach die Eingriffe jeweils komplikationslos verliefen und der Beschwerdeführer am Folgetag bzw. noch am Interventionstag beschwerdefrei nach Hause entlassen werden konnte (act. IIA 180 S. 4; 184 S. 5), wobei jegliche Hinweise auf eine allfällige richtungsweisende Verschlechterung des (kardiologischen) Gesundheitszustandes fehlen. Sodann gibt der Beschwerdeführer die Ausführungen des kardiologischen Gutachters in der Stellungnahme vom 29. September 2017 in einem entscheidenden Punkt unvollständig wieder (Beschwerde, S. 5): Dr. med. K. _____ bezog sich darin gerade nicht allein auf den bisherigen Verlauf (bis zur Begutachtung), sondern auf den bisherigen *weiteren* Verlauf, womit er sich – wie aus dem Kontext ohne weiteres hervorgeht – auf die gesundheitliche Entwicklung seit der Begutachtung am 5. Dezember 2016 bezog. *Dieser* Verlauf zeitigte, wie dargelegt, nach seiner Einschätzung retrospektiv keine Änderung mit Bezug auf die kardiologische Beurteilung vom 5. Dezember 2016. Inwiefern diese Angaben „nicht verbindlich“ sein sollten, ist nicht nachvollziehbar, lassen sie sich doch – wie dargelegt – auf echtzeitliche Berichte der behandelnden Ärzte abstützen. Schliesslich hat Dr. med. K. _____ – entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers (vgl. S. 6) – den sein Fachgebiet betreffenden Teil der Stellungnahme auch selber verfasst und der Gesamtbeurteilung, wonach keinerlei Abweichungen von

den Schlussfolgerungen im Gutachten zu begründen seien (act. IIA 190.1 S. 10), durch Unterzeichnung der Stellungnahme ausdrücklich zugestimmt (S. 12).

3.6.2 Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, der behandelnde Orthopäde Dr. med. G._____ habe in seinem Bericht vom 3. August 2017 (act. IIA 187 S. 2 ff.) festgehalten, bezüglich des Dermatoms L5/L6 sei „ein radikulärer Schmerz (...)“ aufgrund der von ihm erhobenen klinischen Befunde einer Hyperalgesie L4 und L5 rechts sowie eine Hypästhesie der rechten Grosszehe, usw. „offensichtlich“, welcher Umstand ebenfalls Zweifel an der Zuverlässigkeit der medizinischen Aktenlage begründe (Beschwerde, S. 6 f., Ziffer 5).

Subjektive Beschwerdeangaben lassen für sich allein nicht den Schluss auf eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit zu (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296); vielmehr greift insoweit eine objektivierte Betrachtungsweise Platz, wonach Beschwerden durch schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein müssen (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127).

Zunächst ist darauf hinzuweisen dass – anders als der Beschwerdeführer in der Schlussverhandlung vorbrachte – sowohl die eigentliche orthopädische Begutachtung als auch die Stellungnahme vom 29. September 2017 zur geltend gemachten Wirbelsäulenproblematik durch den federführenden Gutachter Dr. med. L._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Chirurgie, erfolgten (vgl. act. IIA 165.2 S. 11; 190.1 S. 11). Dieser wies darauf hin, dass es sich bei den (von Dr. med. G._____ festgehaltenen) Beschwerdeschilderungen um eine rein subjektive Symptomatik handle, die nicht zu objektivieren und ganz offensichtlich in unterschiedlichem Ausmass vorhanden sei bzw. empfunden werde. Diese Gefühlsstörungen seien im Rahmen des orthopädisch-traumatologischen Gutachtens bei der orientierenden neurologischen Untersuchung in gleicher Art beschrieben und unter Epikrise bewertet worden (vgl. act. IIA 165.2 S. 9), jedoch versicherungsmedizinisch – mithin in Bezug auf das funktionelle Leistungsvermögen respektive die Arbeitsfähigkeit – ohne Relevanz (vgl. act. IIA 190.1 S. 6). Diese Einschätzung sowie die weitere Schlussfolgerung von Dr. med. L._____, wonach die Ar-

beitsfähigkeit in orthopädischer Hinsicht einzig qualitativ, nicht jedoch zusätzlich in quantitativer Hinsicht eingeschränkt ist (vgl. act. IIA 165.2 S. 9 f.), überzeugen, zumal sich aus der detaillierten, den gesamten Bewegungsapparat umfassenden orthopädischen Untersuchung (vgl. IIA 165.2 S. 5-7; 165.3) eine allein bescheidene Befundlage ergab (vgl. act. IIA 165.2 S. 5-7). Weiter hielt Dr. med. L._____ fest, dass die angegebenen Beschwerden aus verschiedenen Gründen nicht konsistent seien (act. IIA 165.2 S. 8 f.; 165.1 S. 17), worauf er auch in der Stellungnahme vom 29. September 2017 abermals hinwies (act. IIA 190.1 S. 6). Dr. med. G._____ äussert sich hierzu nicht und geht auch sonst mit keinem Wort auf das Gutachten ein; auch unterlässt er es namentlich, die von ihm postulierte Arbeitsunfähigkeit von 50% zu plausibilisieren. Seine Einschätzung vermag demnach weder Zweifel am Beweiswert der orthopädischen noch der gesamtmedizinischen Einschätzung zu begründen.

3.6.3 Im Weiteren kritisiert der Beschwerdeführer das psychiatrische Teilgutachten als nicht beweismässig. Zudem postuliert er unter Bezugnahme auf den behandelnden Psychiater Dr. med. J._____ hinsichtlich einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 40% (Beschwerde, S. 7 f., Ziffer 6).

Im MEDAS-Gutachten vom 9. Februar 2017 (act. IIA 165.1) wurde in psychischer Hinsicht eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0, F32.1), DD eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik, leicht - bis knapp mittelgradig (ICD-10 F43.2), diagnostiziert. In gesamtmedizinischer Hinsicht attestierten die Gutachter eine aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen um 20% reduzierte Arbeitsfähigkeit mit Bezug auf sämtliche Tätigkeiten, erachteten jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit innert sechs Monaten als erreichbar, sofern die psychopharmakologische Behandlung optimiert werde (act. IIA 165.1 S. 16, 18 f.).

3.6.3.1 In der Schlussverhandlung beanstandete der Beschwerdeführer erstmals, statt dem begutachtenden Arzt Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe sich in der Stellungnahme vom 29. September 2017 Dr. med. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, zum weiteren Verlauf geäussert. Zudem hätte die Beschwerdegegnerin – mit Blick auf die seit der MEDAS-

Begutachtung erfolgte Entwicklung des kardiologischen Gesundheitszustandes und der damit einhergehenden zunehmenden Angstsymptomatik – richtigerweise eine neue Begutachtung veranlassen müssen.

Es trifft zu, dass Dr. med. M._____ für eine Stellungnahme nicht mehr zur Verfügung stand und – nach Rücksprache mit der Beschwerdegegnerin (act. IIA 190.1 S. 2) – stattdessen Dr. med. N._____ mit der Abfassung der fachpsychiatrischen Stellungnahme der MEDAS vom 29. September 2017 betraut wurde, was auch entsprechend deklariert wurde (S. 2, 8). Dies schmälert jedoch unter den vorliegend gegebenen Umständen den Beweiswert der psychiatrischen Beurteilung nicht. Wie aus den Akten hervorgeht, bestehen die kardiologischen Einschränkungen und die damit verbundene Angst, „an einem plötzlichen Herztod [zu] versterben“, bereits seit 2004 (vgl. act. IIA 165.7 S. 1; 165.6 S. 2). Dr. med. M._____ hat diese Hinweise nicht – wie der Beschwerdeführer behauptete – „abgetan“, sondern trug ihnen und damit auch der vom Beschwerdeführer in der Schlussverhandlung als solche bezeichneten Stressvulnerabilität im Gutachten sehr wohl Rechnung, stellte jedoch aufgrund der (invalidenversicherungsrechtlich allein massgeblichen objektiven) Befundlage keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit fest (vgl. act. IIA 165 S. 7, 10). Sodann hat sich nach der Erstellung des MEDAS-Gutachtens am 9. Februar 2017 in kardiologisch-psychiatrischer Hinsicht keine dauerhafte Veränderung ergeben: Zum einen hat sich – wie bereits ausgeführt (vgl. E. 3.6.1 vorne) – die gesundheitliche Situation von Seiten der Herzproblematik nicht richtungweisend verschlechtert. Zum andern ergeben sich aus den bereits im Recht liegenden Akten sowie dem im Rahmen der Schlussverhandlung eingereichten Austrittsbericht der Klinik I._____ vom 11. Mai 2018 und den darin aufgeführten anamnestischen Angaben keine Hinweise, wonach sich die geltend gemachte Angstsymptomatik respektive der psychische Gesundheitszustand aufgrund der im Nachgang zur MEDAS-Begutachtung erfolgten kardiologischen Behandlungen objektiv nachhaltig verschlechtert hätte. Namentlich präsentierte sich der Psychostatus nicht wesentlich anders als im Rahmen der Begutachtung bei Dr. med. M._____ (vgl. act. IIA 165.6 S. 5-8). Vielmehr ist (in psychischer Hinsicht) von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand auszugehen, womit das Gutachten von Dr. med. M._____ entgegen der Auffassung des Be-

schwerdeführers für den gesamten Beurteilungszeitraum verwertbar ist und es folglich keiner weiteren Begutachtung bedurfte bzw. bedarf. Demnach war es auch zulässig, die Stellungnahme in psychiatrischer Hinsicht durch Dr. med. N. _____ erstellen zu lassen.

3.6.3.2 Im Weiteren fällt es vorliegend entgegen der vom Beschwerdeführer in der Schlussverhandlung vertretenen Auffassung beweisrechtlich nicht ins Gewicht, dass die psychiatrische Begutachtung zeitlich vor der kardiologischen erfolgte. Eine vorgängige somatische Begutachtung erscheint namentlich dann angezeigt, wenn, wie etwa bei psychosomatischen Beschwerdebildern, die Natur der Beschwerden – somatisch oder psychisch – unklar oder strittig ist. Dies trifft auf den vorliegenden Fall nicht zu, stand und steht doch seit jeher fest, dass die seit 2004 vorliegende Herzproblematik kardiologischer Genese respektive somatischer Natur ist. Ferner war Dr. med. M. _____ aufgrund der Berichte von Dr. med. J. _____ (vgl. act. IIA 150 S. 3) über dessen Einschätzung ins Bild gesetzt, wonach die Herzbeschwerden negative Auswirkungen auf den psychischen Gesundheitszustand zeitigten (vgl. act. IIA 165.1 S. 12 f.). Dass Dr. med. M. _____ in der Folge die Angstsymptomatik mit Bezug auf deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anders bewertete, ist aufgrund seiner Ausführungen schlüssig und nachvollziehbar (vgl. E. 3.6.3.3 hernach). Sodann fand nach Abschluss aller Fachuntersuchungen ein polydisziplinärer Konsensprozess statt (act. IIA 165.1 S. 16 f.) und Dr. med. M. _____ hat das Gesamtgutachten, bei dessen Abfassung auch der kardiologische Befund vorlag, mitunterzeichnet und damit sein Einverständnis mit den darin gezogenen Schlussfolgerungen bekundet.

Sodann schadet es dem Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens auch nicht, dass Dr. med. M. _____ keine Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens anhand des Mini-ICF-Ratings (Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen) vorgenommen hat: Zum einen liegt dessen Anwendung im Ermessen des Gutachters. Zum andern ist das Mini-ICF-Rating im versicherungsmedizinischen Kontext noch nicht hinreichend validiert und insbesondere nicht für die Erfassung der invalidenversicherungsrechtlich

allein massgebenden kausalen Zusammenhänge geeignet (vgl. dazu SZS 2018 S. 132 f.).

Ferner hat sich Dr. med. M._____ vor dem Hintergrund auch anderweitig fehlender Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung und entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers im Rahmen der Schlussverhandlung hinreichend zu dessen Persönlichkeit geäussert (act. IIA 165.6 S. 7 f.).

Soweit der Beschwerdeführer im Weiteren in appellatorischer Weise die Ausführungen im psychiatrischen Gutachten kritisiert und geltend macht, er lebe entgegen der Darstellung von Dr. med. M._____ zurückgezogen und sein Sohn wolle bald ausziehen, sei auf die Ausführungen im Gutachten verwiesen, wonach der soziale Kontakt insbesondere im Rahmen der in der Nähe lebenden beiden Cousins und deren Familien sowie zu einem Bruder in ... und den übrigen ... Geschwistern in der Heimat erfolge (vgl. act. IIA 165.6 S. 12), was der Beschwerdeführer auch anlässlich der Schlussverhandlung nicht bestritt. Im Übrigen kann aufgrund der – trotz 30jährigem Aufenthalt in der Schweiz – nicht gelungenen sprachlichen, sozialen und beruflichen Integration nicht geschlossen werden, es bestehe ein im psychiatrischen Sinne relevanter sozialer Rückzug.

In diesem Zusammenhang erweisen sich entgegen der vom Beschwerdeführer anlässlich der Schlussverhandlung vertretenen Auffassung auch die Ausführungen von Dr. med. M._____ zur Medikamenteneinnahme nicht als widersprüchlich: Dass er trotz festgestellter Optimierbarkeit der Medikation sowohl hinsichtlich der Schmerzen als auch der depressiven Symptomatik die Reintegration ins Erwerbsleben prognostisch als ungünstig erachtete, begründete Dr. med. M._____ mit einem invaliditätsfremden Gesichtspunkt im Sinne einer über zwei Jahrzehnte erfolgten Entwöhnung vom Arbeitsprozess (vgl. act. IIA 165.6 S. 14 f.).

3.6.3.3 Entgegen dem Beschwerdeführer führen sodann auch die Berichte von Dr. med. J._____ zu keiner anderweitigen Schlussfolgerung: Zunächst präsentierte sich die Befundlage anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. M._____ als bescheiden (vgl. act. IIA 165.6 S. 5-8). Insbesondere erschien die affektive Schwingungsfähigkeit zwar beeinträchtigt; indessen gelang es dem Gutachter, insoweit eine deut-

lich wahrnehmbare Auslenkung zu erzielen. Weiter stellte Dr. med. M._____ eine nur leichte phobische Symptomatik im Sinne einer (in der Herzproblematik) begründenden Befürchtung des Beschwerdeführers fest, ähnlich wie sein Vater abends zu Bett zu gehen und morgens nicht mehr zu erwachen. Dies sei jedoch nach Angaben des Beschwerdeführers durch die Einnahme eines Medikaments zur Nacht gut beherrschbar. Hinsichtlich der Persönlichkeit konnte der Experte keine primärpersönlichen Auffälligkeiten feststellen (S. 7). Weiter spreche der Serumspiegel gegen die Einnahme eines Schmerzmittels (S. 8). Wenn Dr. med. M._____ in der Beurteilung sowohl hinsichtlich der Schmerzproblematik und der ängstlichen Symptomatik keine, in Bezug auf die depressive Problematik (ohne weitere Behandlung) lediglich eine geringe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% attestierte (S. 9 f.), so erweist sich dies somit als schlüssig. Dr. med. J._____ nimmt bei seinen anderslautenden Einschätzungen im Bericht vom 3. Juli 2017 (act. IIA 182 S. 2-5) keinen Bezug zu den Ausführungen des Experten, worauf auch Dr. med. N._____ in der MEDAS-Stellungnahme vom 29. September 2017 hinweist (act. IIA 190.1 S. 9). Auch zeigt Dr. med. J._____ keine fachlichen Aspekte auf, welche Dr. med. M._____ allenfalls ausser Acht gelassen hätte. Namentlich wird weder geltend gemacht noch ist anderweitig ersichtlich, dass die Befunderhebung nicht lege artis erfolgt wäre. Im Weiteren ist die von Dr. med. J._____ wiederholt behauptete Therapieresistenz der depressiven Störung (vgl. act. IIA 132 S. 4; 182 S. 4) nicht nachvollziehbar, konnte doch nach der gut einmonatigen Hospitalisierung in der Klinik I._____ im Frühling 2016 – und damit innerhalb relativ kurzer Zeit – eine deutliche psychische Stabilisierung und Erholung festgestellt werden (act. IIA 132 S. 8; vgl. auch den Bericht der Klinik I._____ vom 11. Mai 2018, S. 1). Damit ist auch hinreichend erstellt, dass durch die gutachterlich als indiziert erachtete Optimierung der psychiatrischen Behandlung eine Besserung erzielt werden könnte (vgl. act. IIA 165.6 S. 13 f.), was insbesondere auch durch den vorerwähnten Bericht der Klinik I._____ vom 11. Mai 2018 belegt wird, konnte doch innerhalb eines zweimonatigen stationären Aufenthalts erneut eine psychische (und physische) Stabilisierung erzielt werden (vgl. S. 3 unten). Sodann hielt Dr. med. J._____ im Bericht vom 3. Juli 2017 zwar fest, dass mit der erneuten Verschlechterung der Herzproblematik im Mai 2016 auch eine Verschlechterung des psychi-

schen Gesundheitszustandes einherging (vgl. act. IIA 182 S. 5). Die von ihm im nämlichen Bericht wiedergegebene Befundlage (vgl. S. 3) deckt sich jedoch im Wesentlichen mit jener, wie er sie bereits im Bericht vom 21. Mai 2016 erhoben hatte (act. IIA 132 S. 3 f.; vgl. auch E. 3.6.3.1 vorne). Auch wurde die Behandlungsfrequenz nicht erhöht (vgl. act. IIA 150 S. 2; 182 S. 2), womit die von Dr. med. J. _____ geltend gemachte, jedoch auch diagnostisch nicht widerspiegelte (vgl. act. IIA 150 S. 1; 182 S. 3) Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes nicht erstellt ist.

3.6.4 Schliesslich ändert auch der in der Schlussverhandlung geltend gemachte Einwand des Beschwerdeführers, im Gesamtgutachten seien die Eingliederungsbemühungen unkorrekt wiedergegeben worden, nichts an dessen Beweistauglichkeit: Es trifft zwar zu, dass sich die Gutachter auf die 1998 durchgeführte (und gescheiterte) Umschulung als ... bezogen und im Übrigen festhielten, dass keine aktuellen Eingliederungsversuche stattgefunden hätten (vgl. act. IIA 165.1 S. 27). Der Kontext lässt jedoch den Schluss zu, dass sich die Gutachter dabei auf berufliche Massnahmen im engeren Sinne gemäss Art. 8 Abs. 3 lit. b i.V.m. Art. 15 ff. IVG bezogen, wozu das im Sommer 2014 durchgeführte und am 7. November 2014 abgebrochene Belastbarkeitstraining nicht gehört (vgl. Entscheid des BGER vom 10. Oktober 2012, 9C_801/2011, E. 1). Wie es sich damit verhält, kann jedoch letztlich offen bleiben, haben die Gutachter bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit diesem Aspekt doch keine besondere Bedeutung beigemessen bzw. insoweit massgeblich auf die Befundlage abgestellt.

3.6.5 Zusammenfassend ergeben sich weder aus den Berichten der behandelnden Ärzte noch aus den Vorbringen des Beschwerdeführers Hinweise, welche Zweifel (vgl. E. 3.4.2 vorne) an der Beweistauglichkeit des MEDAS-Gutachtens zu begründen vermöchten, weshalb es der eventualiter beantragten Rückweisung an die Vorinstanz respektive der subeventualiter beantragten Anordnung eines Gerichtsgutachtens zwecks weiterer medizinischer Abklärungen nicht bedarf.

3.7 In Bezug auf den Revisionsgrund (vgl. E. 2.3.3 vorne) ergibt sich zwar, dass in psychischer Hinsicht im Vergleich zur Verfügung vom 7. April 2014 (vgl. E. 3.1 vorne), als keine Diagnose aus dem psychiatrischen Fachgebiet gestellt wurde (act. II 53.2 S. 1), im massgeblichen Vergleichs-

zeitraum bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 12. Februar 2018 neu eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0, F32.1) – DD eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik, leicht - bis knapp mittelgradig (ICD-10 F43.2) – hinzugekommen ist. Mit dieser diagnostischen Veränderung ging jedoch keine (potentiell rentenrelevante) quantitative Verschlechterung respektive Minderung des funktionellen Leistungsvermögens einher (vgl. dazu Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Januar 2018, 8C_664/2017, E. 9), beträgt die Arbeits- und Leistungsunfähigkeit hinsichtlich einer den Leiden angepassten Tätigkeit doch maximal 20% bzw. – bei entsprechender medikamentöser Behandlung – 0% (vgl. act. II 53.2 S. 2; 55 S. 3; IIA 165.1 S. 19), während die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... unverändert unzumutbar ist. Sodann kam es zwar kardiologischerseits grundsätzlich zu einer Progression der koronaren Dreifässerkrankung (vgl. act. IIA 128 S. 16 f.; 130 S. 4 f.; 180 S. 4). Eine bleibende bzw. potentiell revisionsrelevante Verschlechterung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Sinne von Art. 88a Abs. 2 IVV resultierte hierdurch jedoch nicht (vgl. E. 3.6.1 vorne; act. IIA 165.1 S. 30). Schliesslich hat sich in orthopädisch-traumatologischer Hinsicht seit der referenziellen Verfügung vom 7. April 2014 keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes ergeben (vgl. auch S. 30). Ein Revisionsgrund ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt.

Doch selbst wenn hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes ein Revisionsgrund zu bejahen wäre, so änderte sich am Ergebnis nichts, wie nachstehend – bei diesfalls allseitiger tatsächlicher und rechtlicher Prüfung des massgebenden Sachverhalts (vgl. E. 2.3.4 vorne) – zu zeigen ist:

3.8

3.8.1 Gemäss dem MEDAS-Gutachten ist in somatischer Hinsicht die Arbeitsfähigkeit allein in qualitativer Hinsicht eingeschränkt, indem dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... nicht mehr, eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit jedoch ganztags und uneingeschränkt zumutbar ist (act. IIA 165.1 S. 18 f.).

In psychischer wie auch in gesamtmedizinischer Hinsicht besteht hinsichtlich sämtlicher Tätigkeiten eine um 20% eingeschränkte Leistungsfähigkeit,

wobei unter (dem Beschwerdeführer zumutbarer [vgl. S. 29]) optimierter psychopharmakologischer Therapie innert sechs Monaten eine Arbeitsfähigkeit von 100% erzielt werden kann (S. 18 f.).

Diese Einschätzung gilt hinsichtlich des gesamten Beurteilungszeitraums seit der Neuanmeldung zum Leistungsbezug im Februar 2016 (act. IIA 122 f.; 165.1 S. 20 f.; vgl. auch E. 3.6.3.1 vorne).

3.8.2 Der Beschwerdeführer kritisiert, die Beschwerdegegnerin hätte das Leistungsvermögen im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens feststellen müssen bzw. es habe „keine genügende Auseinandersetzung mit den Indikatoren“ stattgefunden (Beschwerde, S. 7 f., Ziffer 6).

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand des für somatoforme Störungen entwickelten strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427 ff., 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.) und es gilt – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 295) – im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297 f.), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298 f.) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303 f.).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin im Rahmen der angefochtenen Verfügung vom 12. Februar 2018 durchaus eine rechtliche Prüfung anhand der wesentlichen Indikatoren vorgenommen (vgl. act. IIA 201 S. 2). Im Übrigen wurde im MEDAS-Gutachten auf den Seiten 11-13 des Teilgutachtens (act. IIA 165.6) und den Seiten 22-25 sowie S. 28 des Hauptgutachtens (act. IIA 165.1) aus psychiatrischer bzw. interdisziplinärer Sicht zu den im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens zu würdigenden Standardindikatoren einlässliche Stellung genommen. In Anbetracht der geringen Ausprägung der diagnoserelevanten (psychiatrischen) Befunde (act. IIA 165.6 S. 5-8) mit – im massgeblichen Beurteilungszeitraum – nur dreiwöchentlich bzw. monatlich durchgeführter Therapie (act. IIA 150 S. 2; 182 S. 2), der optimierbaren psychopharmako-

logischen Behandlung (act. IIA 165.6 S. 8, 12), der zwar ausgewiesenen, jedoch keine Arbeitsunfähigkeit begründenden (somatischen und psychiatrischen) Komorbiditäten (S. 11; act. IIA 165.1 S. 18 f.) mit offenkundigen Inkonsistenzen bei den somatischen Beschwerdeangaben (S. 28), der unauffälligen Primärpersönlichkeit (act. IIA 165.6 S. 12) sowie der als stützend und „supportiv“ erlebten familiären Beziehung (S. 12) erweist sich die von den Gutachtern getroffene medizinisch-theoretische Einschätzung einer 80%igen respektive – nach entsprechender Behandlung – einer 100%igen Arbeitsfähigkeit als auch in rechtlicher Hinsicht ohne weiteres schlüssig und nachvollziehbar. Unter dem Blickwinkel der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) ist zudem Folgendes zu beachten: Der Beschwerdeführer hat – namentlich auch im Rahmen der Schlussverhandlung – mit Nachdruck geltend gemacht, dass ihn die Angst vor einem neuen Herzinfarkt psychisch belastet und zu einer (von den Gutachtern angeblich zu wenig berücksichtigten) Angstsymptomatik führe. In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer den wiederholt als kardiovaskulären Risikofaktor bewerteten Nikotinkonsum (vgl. act. IIA 128 S. 16; 130 S. 4; 165.7 S. 3; 180 S. 4; 184 S. 5) trotz anderslautender Empfehlung (vgl. act. IIA 184 S. 5) bis heute nicht eingestellt hat (vgl. Bericht der Klinik I. _____ vom 11. Mai 2018, S. 2). Dies weckt, unter Berücksichtigung der – entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers in der Schlussverhandlung – im MEDAS-Gutachten sehr wohl und ausdrücklich festgehaltenen Malcompliance bei der Medikamenteneinnahme (act. IIA 165.6 S. 12 f.) zumindest Zweifel am behaupteten massiven Leidensdruck von Seiten der geltend gemachten Angstsymptomatik, worauf auch Dr. med. M. _____ verwies (vgl. act. IIA 165.6 S. 11 unten). Was sodann das am 25. August 2014 begonnene und am 7. November 2014 abgebrochene Belastbarkeitstraining betrifft, so geht aus dem entsprechenden Bericht der Durchführungsstelle vom 13. November 2014 (act. II 97) hervor, dass der Beschwerdeführer als pflichtbewusst und motiviert wahrgenommen wurde, dieser die Massnahme jedoch aufgrund der Beschwerden abgebrochen habe. Inwieweit diese subjektiven Beschwerdeangaben in befundmässiger Hinsicht objektivierbar waren, lässt sich den echtzeitlichen Akten nicht entnehmen. Dies kann jedoch offen bleiben. Denn selbst wenn insoweit von einem Indiz für die geltend gemachte gesundheitlich bedingte Einschränkung des funktionellen Leistungsvermö-

gens auszugehen wäre, so präsentierte es sich in Anbetracht der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer in keiner Weise eine berufliche Wiedereingliederung zutraut (vgl. act. IIA 165.6 S. 5) nicht als derart ausgeprägt, dass es im Rahmen einer umfassenden Betrachtung die übrigen, klar auf eine fehlende Invalidität hinweisenden Indikatoren in den Hintergrund zu drängen vermöchte.

3.8.3 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin eine invalidisierende Wirkung der psychischen Beschwerden somit zu Recht verneint. Demnach ist mit Bezug auf eine den (somatischen) Leiden angepasste Tätigkeit von einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen. Wie jedoch nachfolgend zu zeigen ist, änderte sich am Ergebnis auch dann nichts, wenn der Invaliditätsermittlung eine Arbeitsunfähigkeit von 20% zugrunde gelegt würde.

4.

4.1 Der Beschwerdeführer meldete sich im Februar 2016 erneut zum Leistungsbezug an (act. IIA 122 f.), so dass der frühest mögliche Rentenbeginn im August 2016 liegt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

4.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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.

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

4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Tabellenlöhnen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.2.2 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 der vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

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/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).

4.3

4.3.1 Hinsichtlich des Valideneinkommens ist erstellt, dass der Beschwerdeführer seit seiner Einreise in die Schweiz ... bis zum Eintritt der

gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Jahr 1995 ausschliesslich (beim selben Arbeitgeber) als ... erwerbstätig war (act. II 1.1 S. 112, 130, 134). Dieser fiel, wie bereits in VGE IV/2014/487 erwogen wurde (vgl. E. 4.4 [act. II 98 S. 14]), in der weiteren Folge jedoch in Konkurs, weshalb der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall nicht mehr beim damaligen Arbeitgeber erwerbstätig wäre und folglich für die Ermittlung des Valideneinkommens auf Tabellenlöhne gemäss LSE abzustellen ist (vgl. E. 4.2.1 vorne; Entscheid des BGer vom 29. Juni 2017, 9C_859/2016, E. 5). Dabei ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auch im Jahr 2016 als Gesunder in seiner bisherigen Tätigkeit in der ... erwerbstätig gewesen wäre, zumal die Aktenlage nicht den Schluss auf eine überwiegend wahrscheinlich anderweitige berufliche Entwicklung zulässt. Abzustellen ist demnach auf Position 10-11 (Herstellung von Nahrungsmitteln; Getränkeherstellung) von Tabelle TA1 der LSE 2014, Kompetenzniveau 1, Männer, welche gemäss Allgemeiner Systematik der Wirtschaftszweige (NOGA) auch das ... und die ... umfasst (NOGA 2008, Allgemeine Systematik der Wirtschaftszweige, Erläuterungen S. 24 f.).

Das Valideneinkommen ist der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen, wobei auf den Nominallohnindex gemäss der entsprechenden Erhebung des BFS abzustellen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 10. Mai 2013, 8C_67/2013, E. 3.3.5). Ferner gilt es bei der Anwendung von Tabellenlöhnen zu berücksichtigen, dass ihnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit im Bereich der Tabellenposition 10-11, welche sich im Jahr 2016 auf 42.3 Wochenstunden belief (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 77; BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziffer 10-12).

Demnach betrug das jährliche Valideneinkommen pro 2016 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 42.3 Stunden sowie der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2016, Abschnitt C) Fr. 61'765.85 (Fr. 4'816.-- x 12 Monate / 40 x 42.3 Wochenstunden / 103.3 x 104.4).

4.3.2

4.3.2.1 Indem der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls auf statistische Werte gemäss LSE 2014 abzustellen (vgl. E. 4.2.2 vorne). Nach dem MEDAS-Gutachten sind dem Beschwerdeführer nur mehr körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten zumutbar (act. IIA 165.1 S. 19), womit dem Invalideneinkommen praxisgemäss der Wert Total von Tabelle TA1 der LSE 2014, Kompetenzniveau 1, Männer, zugrunde zu legen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 11. Januar 2018, 9C_621/2017, E. 2.3.1).

4.3.2.2 Anders als in der Schlussverhandlung geltend gemacht, ist auch die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460; SVR 2016 IV Nr. 58 S. 192 E. 4.2.2) unverändert zu bejahen (vgl. dazu VGE IV/2014/487 vom 21. November 2014, E. 5 [act. II 98 S. 16 f.]): Vorliegend war der Beschwerdeführer im für die Frage nach der Verwertbarkeit der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit massgeblichen Zeitpunkt (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 462) per Februar 2017 knapp ...jährig. Damit blieb ihm eine erhebliche Aktivitätsdauer von mehr als ... Jahren, wobei die Rechtsprechung bereits eine verbleibende Aktivitätsdauer von zweieinhalb Jahren als für die Verwertbarkeit grundsätzlich ausreichend taxiert (Entscheid des BGer vom 23. Januar 2018, 8C_645/2017, E. 4.2.2 und 4.3.2). Sodann haben die MEDAS-Gutachter hinsichtlich körperlich leichter bis gelegentlich mittelschwerer Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80% bzw. – bei adäquater Medikation – von 100% attestiert, weshalb die quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht gegen deren Verwertbarkeit spricht. Im Weiteren bestehen in psychischer Hinsicht keine wesentlichen Einschränkungen hinsichtlich des Leistungsvermögens (act. IIA 165.1 S. 18).

Indem das Zumutbarkeitsprofil nicht besonders restriktiv formuliert ist, erweist sich die Arbeitsfähigkeit auch qualitativ nicht als dergestalt eingeschränkt, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt eine entsprechende zumutbare Tätigkeit praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre. Dies gilt umso mehr, als der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeits-

angebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (SVR 2017 IV Nr. 64 S. 201 E. 4.1, 2011 IV Nr. 6 S. 18 E. 4.2.4). Insofern bleibt (auch) unter dem Blickwinkel der Verwertbarkeit schliesslich anzumerken, dass Hilfsarbeiten auf dem massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (vgl. Entscheid des BGer vom 29. Mai 2018, 9C_266/2017, E. 3.4.2).

4.3.2.3 Sodann bedarf es entgegen dem Beschwerdeführer hinsichtlich der invaliditätsfremden Gründe Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad (vgl. E. 4.2.2 vorne) keines leidensbedingten Abzugs, da ein solcher auch beim vorliegend ebenfalls auf einem Tabellenlohn basierenden Valideneinkommen (vgl. E. 4.3.1 vorne) vorzunehmen wäre (Entscheid des BGer vom 10. November 2015, 8C_300/2015, E. 7.3.3). Dasselbe gilt in Bezug auf die von der Beschwerdegegnerin im Rahmen einer Einkommensparallelisierung vorgenommenen Herabsetzung des Invalideneinkommens im Umfang von 10.18% (Entscheid des BGer vom 16. Juni 2009, 8C_94/2009, E. 6.1). Unter dem Blickwinkel der leidensbedingten Einschränkung als potentiell abzugsrelevanter (invaliditätsbedingter) Faktor (vgl. E. 4.2.2 vorne) ist im Weiteren zu beachten, dass im Totalwert des Kompetenzniveaus 1 bei den Männern zwar auch Tätigkeiten enthalten sind, welche der Beschwerdeführer aufgrund des medizinischen Zumutbarkeitsprofils nicht mehr ausüben kann; dies führt jedoch nicht dazu, dass allein deswegen ein Tabellenlohnabzug vorzunehmen wäre, weil dieses Kompetenzniveau nicht nur (körperlich schwere) Hilfsarbeiten, sondern auch eine Vielzahl von leichten bis mittelschweren Tätigkeiten erfasst (vgl. Entscheid des BGer vom 26. April 2018, 8C_699/2017, E. 3.3).

Gemäss dem Belastungs- und Ressourcenprofil der MEDAS und wie bereits erwähnt, sind dem Beschwerdeführer in körperlicher Hinsicht leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten möglich. Diese sollten wechselseitig im Gehen, Stehen und Sitzen stattfinden mit der Möglichkeit der selbstgewählten Positionswechsel, jedoch überwiegend sitzenden Anteilen. Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck, wie zum Beispiel Akkord- oder Fließbandarbeit, Tätigkeiten, die mit häufigem Bücken, Knien oder häufi-

gen Zwangshaltungen verbunden sind sowie Tätigkeiten auf Gerüsten oder Leitern sind nicht zumutbar. Demgegenüber bestehen gegen Tätigkeiten mit Wechselschicht keine Bedenken; die Gebrauchsfähigkeit der Hände ist nicht beeinträchtigt und zusätzliche betriebsunübliche Pausen sind auch nicht erforderlich (vgl. act. IIA 165.1 S. 19). Wenn die Beschwerdegegnerin in Anbetracht dieses Zumutbarkeitsprofils einen Abzug von 10% berücksichtigt hat (act. IIA 201 S. 2), so lässt sich dies somit nicht beanstanden und es besteht kein triftiger Grund für eine insoweit abweichende Ermessensausübung durch das Gericht (vgl. Entscheid des BGer vom 18. Januar 2018, 8C_552/2017, E. 4.3).

4.3.2.4 Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden, der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011 - 2016, Abschnitt Total), einer Arbeitsfähigkeit von 100% sowie eines leidensbedingten Abzugs von 10%, betrug das jährliche Invalideneinkommen im Jahr 2016 Fr. 60'329.40 (Fr. 5'312.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden / 103.2 x 104.1 x 0.9). Würde der Invaliditätsermittlung zu Gunsten des Beschwerdeführers zudem eine reduzierte Arbeitsfähigkeit von 80% zugrunde gelegt (vgl. E. 3.8.3 vorne), ergäbe dies ein Invalideneinkommen von Fr. 48'263.50 (Fr. 5'312.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden / 103.2 x 104.1 x 0.8 x 0.9), wobei diesfalls anzumerken wäre, dass den behinderungsbedingten Einschränkungen im Rahmen der reduzierten Arbeitsfähigkeit bereits hinreichend Rechnung getragen und nicht nochmals im Rahmen des leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen wäre.

4.3.3 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert bei einem leidensbedingten Abzug von 10% eine Erwerbseinbusse von Fr. 1'436.45 (Fr. 61'765.85 - Fr. 60'329.40) respektive – unter zusätzlicher Berücksichtigung einer um 20% reduzierten Arbeitsfähigkeit – von maximal Fr. 13'502.35 (Fr. 61'765.85 – Fr. 48'263.50), und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 2% (Fr. 1'436.45 / Fr. 61'765.85 x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123) bzw. höchstens 22% (Fr. 13'502.35 / Fr. 61'765.85 x 100). Damit besteht auch bei den für den Beschwerdeführer günstigsten Annahmen kein Anspruch auf Ausrichtung einer Invalidenrente (vgl. E. 2.2 vorne).

4.4 Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 12. Februar 2018 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

5.

5.1 Mit Verfügung vom 4. Juni 2018 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin und Notar B. _____ als amtlicher Anwalt gut.

5.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 1'000.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

5.3 Infolge Unterliegens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] und Art. 108 Abs. 3 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin und Notar B. _____ als amtlicher Anwalt bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

5.3.1 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die

Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer (MWSt.) werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 und der Übergangsbestimmung Ziff. 2 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

5.3.2 Mit Kostennote vom 24. Juli 2018 macht Rechtsanwalt B._____ einen Aufwand von 9.5 Stunden geltend, was nicht zu beanstanden ist. Gestützt darauf ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf total Fr. 2'726.95 festzusetzen (Honorar: Fr. 2'375.--; Auslagen: Fr. 157.--; MWSt. 7.7% auf Fr. 2'532.--). Davon ist Rechtsanwalt B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 1'900.-- (9.5 Stunden x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 157.-- und MWSt. von 7.7% auf Fr. 2'057.--, ausmachend Fr. 158.40, total somit eine Entschädigung von Fr. 2'215.40, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

5.4 Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als öffentlichrechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Anspruch auf Parteikostenersatz (Art. 61 Ingress ATSG i.V.m. Art. 104 Abs. 3 und Art. 2 Abs. 1 lit. a VRPG sowie Art. 2 Abs. 1 des Einführungsgesetzes vom 23. Juni 1993 zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [EG IVG; BSG 841.21]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'726.95 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'215.40 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 24. Juli 2018)
 - IV-Stelle Bern (samt Austrittsbericht der Klinik I. _____ vom 11. Mai 2018 und Kostennote von Rechtsanwalt und Notar B. _____ sowie Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 24. Juli 2018)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.