

200 18 255 IV
SCI/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. Juli 2018

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch B. _____, lic.iur. C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Februar 2018



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ..., zwischen 1998 und 2010 in ... wohnhaft, arbeitete bis anfangs 2012 im Rahmen der ... in ... (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 4 S. 4; 7; 17; 95.1 S. 8). Im Jahr 2013 kehrte er in die Schweiz zurück (act. II 95.1 S. 8), wo er sich im September 2014 bei der IV-Stelle Basel-Stadt unter Hinweis auf diverse somatische Erkrankungen – insbesondere die Folgen einer im Juni 2013 ausgebrochenen Malaria – sowie eine depressive Störung zum Leistungsbezug anmeldete (act. II 4). Nachdem der Versicherte mitgeteilt hatte, er habe seinen Wohnsitz in ... im Kanton Bern (act. II 16), überwies die IV-Stelle Basel-Stadt das Dossier der IVB (act. II 23), welche den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht weiter abklärte und Berichte der behandelnden Ärzte einholte. Ferner veranlasste sie im D._____ (nachfolgend MEDAS) eine polydisziplinäre (allgemeininternistische, orthopädische, neurologische, gastroenterologische, pneumologische, neuropsychologische und psychiatrische) Begutachtung (Expertise vom 9. Januar 2017 [act. II 95.1 S. 2 ff.]). Mit Vorbescheid vom 3. April 2017 (act. II 99) stellte die IVB dem Versicherten die Ausrichtung einer rückwirkend abgestuften, bis Juli 2016 befristeten Invalidenrente bzw. die Verneinung eines Rentenanspruchs über den Juli 2016 hinaus in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte Einwand und beantragte die Ausrichtung einer unbefristeten ganzen Invalidenrente ab Juni 2014, wobei er u.a. weitere Berichte behandelnder Ärzte einreichte (act. II 100 S. 25-29; 111 S. 3 ff.). Nachdem die IVB ihrerseits weitere Arztberichte sowie zwei Stellungnahmen bei der MEDAS (act. II 108; 118) eingeholt hatte, sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 23. Februar 2018 (act. II 124 S. 2 ff.) ab März 2015 eine ganze sowie ab Oktober 2015 eine halbe Invalidenrente zu und verneinte einen Rentenanspruch ab Oktober 2016.

B.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch den B._____, lic. iur. C._____, mit Eingabe vom 5. April 2018 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

Es sei die Verfügung vom 23. Februar 2018 insofern aufzuheben, als dem Beschwerdeführer auch ab dem 1. Oktober 2016 eine Rente auszurichten sei.

- unter Entschädigungsfolge -

In der Begründung beanstandet der Beschwerdeführer den Einkommensvergleich bzw. die Höhe des Validen- und Invalideneinkommens, wobei er einen Invaliditätsgrad von 77.3% bzw. 61.2% geltend macht.

Mit gleichentags erfolgter Eingabe stellt der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Mai 2018 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]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 23. Februar 2018 (act. II 124 S. 2 ff.). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

Der Beschwerdeführer beantragt die Ausrichtung einer Rente „auch ab dem 01.10.2016“, womit er die im Zeitraum von März 2015 bis Oktober 2016 erfolgte (abgestufte) Rentenzusprache (act. II 124 S. 2) nicht beanstandet. In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt jedoch ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete Invalidenrente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413). Folglich sind vorliegend nicht nur die vom Beschwerdeführer beschwerdeweise beanstandeten Rentenbezugszeiten, sondern ist der gesamte Leistungszeitraum zu beurteilen.

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).

2.3.2 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 u.a. bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der

streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

2.3.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

2.3.4 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

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

3.

3.1 Mit Bezug auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit präsentieren sich die Akten im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Vom 4. Juni bis 22. Juli 2013 war der Beschwerdeführer infolge einer Malaria tropica mit disseminierter Gerinnungsaktivierung und Multiorganversagen im E._____ hospitalisiert (act. II 6 S. 4, 13-16).

3.1.2 Vom 23. Oktober bis 6. Dezember 2013 erfolgte bei Störungen durch Alkohol (ICD-10 F10.2) und depressiver Symptomatik (ICD-10 F32.2) eine erste Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik F._____. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 17. Januar 2014 (act. II 13 S. 3-6) wurde

festgehalten, der Beschwerdeführer habe den Alkoholentzug erfolgreich abschliessen und die Abstinenz im Verlauf gut aufrechterhalten können (S. 6).

3.1.3 Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie, hielt im Bericht vom 9. Juli 2014 (act. II 6 S. 4-6) fest, das aktuelle Hauptsymptom seien konstant vorhandene, belastungsabhängig verstärkte Schmerzen an den Zehen beidseits. Der Befund entspreche einer schmerzhaften distal-symmetrischen sensiblen Polyneuropathie, als deren Ursache in erster Linie eine alkoholtoxische Schädigung in Frage komme. Da die Zehen aber mit Ausnahme von Dig. II rechts schön verheilt seien, dürfte die Hauptproblematik bezüglich der Schmerzen polyneuropathisch bedingt sein. Im klinischen Status seien ansonsten die langsam ausgeführten feinmotorischen Bewegungen beider Hände etwas auffallend. Auch beklage der Beschwerdeführer gewisse kognitive Defizite, wobei solche im anamnestischen Gespräch nicht manifest seien (S. 5).

3.1.4 Vom 20. Juni bis 15. Juli 2014 erfolgte wegen erneut vermehrtem Alkoholkonsum eine weitere Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik F._____. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 4. August 2014 (act. II 13 S. 7-11) wurden die folgenden Diagnosen gestellt:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)
- Störungen durch Alkohol/Abhängigkeitssyndrom (F10.2)
- Äthyltoxische Leberzirrhose Child A
- Distal symmetrische, schmerzhaft Polyneuropathie
- V. a. erworbene kognitive Störung, leichtgradig
- COPD Gold II
- Essentielle (primäre) Hypertonie (ICD-10 I10)
- Behandlung mit Phenprocoumon (Marcotimar) bei
 - St. n. Malaria falciparum (06/2013) mit
 - transientem Multiorganversagen
 - und aktuell multiplen Nekrosen der Extremitäten mit Antibiotikadauertherapie

Im Anschluss an den Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik F._____ trat der Beschwerdeführer in die vom 15. Juli bis 7. Oktober 2014 dauernde Langzeitbehandlung in der Klinik H._____ über (act. II 13 S. 11; 15 S. 11).

3.1.5 Vom 22. bis 25. August 2014 war der Beschwerdeführer zwischenzeitlich im Spital I. _____ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 26. August 2014 (act. II 18 S. 34-36) wurde festgehalten, am 22. August 2014 sei eine Teilamputation des Dig II am Fuss rechts erfolgt (S. 34). Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis am 5. Oktober 2014 100% (S. 35). Der Beschwerdeführer sei in der Folge beschwerdefrei und gut mobil gewesen (act. II 18 S. 39).

3.1.6 Im Austrittsbericht der Klinik H. _____ vom 21. Oktober 2014 (act. II 15 S. 8-12) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe am 7. Oktober 2014 nach dreimonatigem Aufenthalt in psychophysisch kompensiertem Zustand aus der stationären Therapie entlassen werden können (S. 9). Die Arbeitsunfähigkeit betrage aus psychischer Sicht mehr als 80% (act. II 15 S. 4).

Vom 22. Oktober bis 23. Dezember 2014 erfolgte eine teilstationäre Therapie in der Klinik H. _____. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 24. Dezember 2014 (act. II 46 S. 14 f.) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer werde am 5. Januar 2015 zu 50% in der Arbeitsintegration des J. _____ eine Tätigkeit übernehmen mit dem Ziel, nach ca. einem Monat eine Beschäftigung auf dem freien Arbeitsmarkt zu übernehmen (S. 15).

3.1.7 Im Bericht des Spitals I. _____ vom 5. Februar 2015 (act. II 48 S. 12 f.) wurde nach Durchführung einer Spiroergometrie im Wesentlichen festgehalten, bei fehlender Ausbelastung zeige sich eine grenzwertig mittelgradig eingeschränkte globale körperliche Leistungsfähigkeit. Es ergäben sich keine Hinweise für eine kardiale, ventilatorische oder diffusionstechnische Limitation (S. 13).

Mit weiterem Bericht vom 13. Februar 2015 (act. II 48 S. 9-11) hielten die behandelnden Ärzte fest, bei polygraphisch nachgewiesenem obstruktivem Schlafapnoesyndrom sei dem Beschwerdeführer ein APAP-Gerät abgegeben worden (S. 10).

3.1.8 Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie, hielt im Bericht vom 19. März 2015 (act. II 39 S. 2-6) fest, aus medizinischer Sicht sei das Hauptereignis der letzten Jahre die beinahe tödlich verlaufende Malaria falciparum Erkrankung 2013 gewesen. Diese habe zu erheblichen Organ-

schädigungen geführt, welche glücklicherweise an den inneren Organen kompensiert seien. Die disseminierte intravasale Gerinnung habe aber zu einer schweren Schädigung der peripheren Zirkulation geführt, die Zehen hätten zwar letztlich nicht alle amputiert werden müssen; nach wie vor bestehe aber eine verminderte Kraft sowie eine typische Schmerzhaftigkeit und Überempfindlichkeit des Gewebes. Das Beschwerdebild an den Zehen sei durch die Komplikation der Malaria hinreichend erklärt. Im Übrigen seien die Befunde vereinbar mit einer diskreten sensiblen Polyneuropathie (S. 3). Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 1. Juli 2013 bis auf Weiteres 100% (S. 4).

3.1.9 Im Rahmen einer neuropsychologischen Abklärung in den psychiatrischen Diensten L. _____ vom 27. März 2015 (act. II 46 S. 9-13) wurde festgehalten, am Wesentlichsten auffallend sei eine deutlich verminderte Daueraufmerksamkeit mit konsekutivem Leistungseinbruch nach zwei Stunden. Die Defizite seien am ehesten mit einer hirnorganischen Schädigung (z.B. im Rahmen einer langjährigen Alkoholabhängigkeit) in Zusammenhang zu bringen. Es sei eine Einschränkung des Arbeitspensums auf zwei Stunden am Stück vorstellbar (S. 12).

3.1.10 Med. pract. M. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welcher der Beschwerdeführer ab Januar 2015 in Behandlung stand, hielt im Bericht vom 12. Mai 2015 (act. II 46 S. 2-8) unter Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell teilremittiert mit kognitiver Störung (ICD-10 F33.4) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom fest (S. 2). Durch die kognitive Störung sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei allenfalls zwei bis drei Stunden pro Tag mit Pausen möglich (S. 5).

3.1.11 Im Bericht des Spitals I. _____ vom 26. August 2015 (act. II 69 S. 26-28) wurde nach Durchführung einer Spiroergometrie im Wesentlichen festgehalten, bei guter Ausbelastung ergebe sich eine leichtgradig eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit. Bei aufgebrauchter Atemreserve bestehe primär eine ventilatorische Leistungslimitierung, hingegen kein Hinweis für eine kardiale oder diffusionstechnische Limitation. Die Leis-

tungsfähigkeit sei nach erfolgter Rehabilitation besser im Vergleich zur Voruntersuchung von Februar 2015 (S. 28).

3.1.12 Im Bericht des Spitals I. _____ vom 6. November 2015 (act. II 69 S. 12-14) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer leide an chronischen Schmerzen, wahrscheinlich vaskulär bedingt bei Zustand nach multiplen Nekrosen in den unteren Extremitäten. Bevor eine rückenmarksnahe Schmerztherapie ausgetestet werde, sollte die medikamentöse und konservative Therapie weiter ausgeschöpft werden, zumal der Beschwerdeführer noch mobil sei und sich häufiger im Ausland befinde (S. 13 f.).

Mit weiterem Bericht vom 15. Februar 2016 (act. II 76 S. 2 f.) wurde festgehalten, durch die Wärme während einesurlaubes in ... berichte der Beschwerdeführer von einer bis jetzt anhaltenden Verbesserung der Beweglichkeit beider Füsse. Es werde weiter eine intensive Therapie beider Beine durchgeführt (S. 2).

3.1.13 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 9. Januar 2017 (act. II 95.1 S. 2 ff.) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (S. 34 f.):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Leichtes bis mittelschweres kognitives Defizit (ICD-10 F06.7) bei
 - Zustand nach Multiorganversagen bei Malaria tropica 2013
 - Zustand nach Alkoholabusus
2. Ataxie (ICD-10 R27.0) bei Polyneuropathie (ICD-10 G62.1) und Zerebellopathie (ICD-10 G92) bei o.g. Erkrankungen
3. Chronisch obstruktive Pneumopathie, Stadium GOLD II, Risikogruppe B (ICD-10 J44.9)
 - mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung mit ventilatorischen Reserven von 63% am 15.11.2016
 - Spiroergometrie mit verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit mit einer maximalen Sauerstoffaufnahme von 18.2 ml/min/kg (62% Soll) bei unvollständigem Aufbrauchen der ventilatorischen Reserven am 15.11.2016
 - anhaltender Nikotinkonsum (40-60 Packyears) (ICD-10 F17.1)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)
2. Status nach Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20)
 - Leberzirrhose Child A (IC D-10 K70.3), klinisch kompensiert

- portalhypertensive Gastropathie (ICD-10 K29)
- 3. Schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, Erstdiagnose 01/2015 (ICD-10 G47.3)
 - 11/2014 Epworth Sleepiness Score 18/24 Punkte
 - 26.01.2015 Respiratorische Polygraphie mit einem Apnoe-/Hypopnoe-Index von 61.3/h und einem Desaturationsindex von 59.5/h mit einer mittleren Sauerstoffsättigung von 86.4%
 - Risikofaktoren: Adipositas (BMI 34.4 kg/m²), enger Rachen und Nasenseptumdeviation
 - aPAP-Therapie vom 02/2015 - 06/2016
 - BiPAP-Therapie seit 06/2016
- 4. Chronische Fussbeschwerden beidseits (ICD-10 M79.67/298.8)
 - Status nach Malaria tropica 2013 mit Multiorganversagen, disseminierter Gerinnungsaktivierung und partieller trockener Nekrose Dig II/IV beidseits
 - Status nach Teilamputation Dig II rechts am 22.08.2014 bei chronischem Infekt (Orthopädie Spital I._____)
- 5. Seit zwei bis drei Monaten bestehende Schulterbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M25.61/M75.4)
 - klinisch Zeichen des subakromialen Impingements sowie der frozen shoulder
- 6. Reflux-Oesophagitis (ICD-10 K21.0)
- 7. Asymptomatische Cholezystolithiasis (ICD-10 K80.20)
- 8. Beginnendes metabolisches Syndrom
 - Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10 E11.9); noch ohne medikamentöse Behandlung (HbA1c 7%, Norm bis 6.3%)
 - Adipositas (BMI 33 kg/m²) (ICD-10 E66.0)
 - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10); unter medikamentöser Behandlung nicht vollständig kompensiert

In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, im Vordergrund der Beschwerden seien die Schmerzen in Beinen und Füssen gestanden. Zusätzlich habe der Beschwerdeführer Müdigkeit und Konzentrationsprobleme angegeben, welche seit dem Einsatz des Beatmungsgerätes rückläufig seien. Aufgrund der kognitiven Einschränkungen und der Schmerzen sei die Leistungsfähigkeit aus neurologischer Sicht um 30% eingeschränkt, worin auch die neuropsychologisch festgestellte kognitive Störung berücksichtigt sei (S. 35). Aufgrund der Einschränkungen der Lungenfunktion bei COPD seien dem Beschwerdeführer aus pneumologischer Sicht körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Körperlich leichte, vorwiegend sitzende Arbeiten seien ganztags möglich. Das Schlafapnoesyndrom habe aus pneumologischer Sicht keinen zusätzlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 36).

Aus polydisziplinärer Sicht sei der Beschwerdeführer für eine körperlich leichte, vorwiegend sitzende und kognitiv nicht beanspruchende Tätigkeit zu 70% arbeits- und leistungsfähig, in einem ganztägigen Pensum mit vermehrten Pausen und etwas vermindertem Rendement verwertbar. Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten und solche mit Anforderungen an das Gleichgewichtssystem sowie hoher kognitiver Flexibilität seien nicht mehr zumutbar (S. 36). Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit hielten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer sei für jegliche Tätigkeiten von Juli 2013 bis Dezember 2014 100% arbeitsunfähig gewesen. Von Januar 2015 bis Juni 2015 habe eine 25%ige, von Juli 2015 bis Juni 2016 eine 50%ige und ab Juli 2016 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten mit den neurologisch und neuropsychologisch erwähnten qualitativen Einschränkungen bestanden (S. 35 f.).

3.1.14 Im Bericht des Spitals I. _____ vom 3. Mai 2017 (act. II 100 S. 27 f.) wurde festgehalten, es sei zu einer stabilen Krankheitssituation auf weiterhin hohem Schmerzniveau gekommen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 75%; es könnten lediglich leichte Tätigkeiten mit Wechselbewegung in einem geschützten Rahmen ohne grosse kognitive Leistungsfähigkeit durchgeführt werden (S. 28).

3.1.15 Dr. med. K. _____ hielt im Bericht vom 11. Mai 2017 (act. II 100 S. 25 f.) fest, drei Jahre nach dem Erstkontakt sei der Befund weder klinisch noch elektrophysiologisch wesentlich verändert. Nach wie vor könne er am rechten N. suralis höchstens eine leichtgradige Neuropathie nachweisen. Bezüglich des Schmerzsyndroms könne er sich nicht konklusiv äussern. Er könne die Einschätzung der Gutachter hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit nicht stützen. Es sei von einem andauernden Schmerzsyndrom mit invalidisierendem Charakter auszugehen (S. 26).

3.1.16 Mit Bericht vom 12. Mai 2017 (act. II 100 S. 29) diagnostizierte Dr. med. N. _____, praktischer Arzt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig schwere Episode in langsamer Remission (ICD-10 F33.2). Der Beschwerdeführer sei seit dem 24. Januar 2017 in Behandlung; unter der aktuellen Medikation komme es zu einer langsamen Besserung der Symptomatik.

3.1.17 Im Bericht des Spitals I. _____ vom 4. Juli 2017 (act. II 111 S. 3-5) wurde festgehalten, in der Kontrolluntersuchung habe sich eine insuffiziente Suppression der nächtlichen Atempausen gezeigt. Diese wäre durch die vermehrte Einnahme von Palladon bei Zahnextraktion vor ca. zwei Wochen zu erklären. Aktuell sei der Beschwerdeführer psychisch stark belastet aufgrund von mehreren u.a. sozialen Stressoren. Dies führe zu einer reduzierten Schlafzeit. Eine Reduktion des Nikotinkonsums sei bisher nicht umsetzbar gewesen, eine Rauchstoppberatung sei aktuell nicht gewünscht. Die einwandfreie Funktion des BiPAP-Gerätes sei überprüft worden und eine relevante Leckage habe nicht nachgewiesen werden können. Die Spiriva-Inhalation gelinge problemlos und werde nun regelmässig durchgeführt. Hinweise für eine nächtliche Hypoventilation beständen aktuell nicht (S. 4).

3.2

3.2.1 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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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

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).

3.3 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 9. Januar 2017 (act. II 95.1 S. 2 ff.) erfüllt für sich sowie im Verbund mit den Stellungnahmen vom 3. Juli 2017 (act. II 108) und 23. Oktober 2017 (act. II 118) die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Gegenteiliges wird beschwerdeweise zu Recht auch nicht vorgebracht.

Die medizinische Beurteilung der MEDAS-Experten deckt sich im Wesentlichen mit jener der behandelnden Ärzte (vgl. E. 3.1 vorne). Soweit die vom Beschwerdeführer im Anschluss an die Erstellung des Gutachtens bzw. im Vorbescheidverfahren (act. II 100; 111 S. 2 ff.) ins Recht gelegten Berichte zu anderen Schlussfolgerungen und Folgeabschätzungen gelangen, vermögen sie den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nicht zu schmälern: So wurde im Bericht des Spitals I. _____ vom 3. Mai 2017 (act. II 100 S. 27 f.) zwar eine Arbeitsunfähigkeit von 75% postuliert (S. 28). Gleichzeitig wird jedoch die Schmerzsituation seit September 2015 als stabil beurteilt, womit im Zeitpunkt der Begutachtung durch die MEDAS dasselbe Schmerzniveau bestand bzw. sich die medizinische Situation im Wesentlichen gleich darbot wie gegenüber den behandelnden Ärzten des Spitals I. _____. Nach der Rechtsprechung ist ein Administrativgutachten nicht stets in Frage zu stellen, bloss weil es zu anderen Einschätzungen als die behandelnden Ärzte gelangt; vorbehalten bleiben Fälle, in welchen sich eine klärende Ergänzung oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Mai 2018, 8C_55/2018, E. 6.2). Solche Aspekte werden im erwähnten Bericht nicht genannt und sind auch anderweitig nicht ersichtlich. Zudem wurde die Schmerzsituation im MEDAS-Gutachten aus verschiedenen fachmedizinischen Blickwinkeln und damit umfassend abgeklärt, worauf die Gutachter in ihrer Stellungnahme

vom 3. Juli 2017 denn auch zutreffend hinweisen (act. II 108 S. 2). Ferner gilt es zu berücksichtigen, dass subjektive Schmerzangaben der versicherten Person eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen vermögen, sondern stets eine auf einer objektivierten Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung basierende Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen hat (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110, 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Diese Voraussetzungen erfüllt der Bericht des Spitals I. _____ nicht, stellten die behandelnden Ärzte für ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit doch im Wesentlichen auf die Schmerzangaben des Beschwerdeführers ab und fehlt es im genannten Bericht gleichzeitig an einer Darstellung der objektiven Befundlage, weshalb die postulierte Arbeitsunfähigkeit von 75% nicht nachvollzogen werden kann.

Sodann stellte auch der Neurologe Dr. med. K. _____ im Bericht vom 11. Mai 2017 (act. II 100 S. 25 f.) einen im Vergleich zur Untersuchung vor drei Jahren im Wesentlichen unveränderten Befund fest. Weiter hielt er fest, sich „bezüglich des Schmerzsyndroms [...] nicht konklusiv äussern“ zu können (S. 26). Soweit er dennoch die Einschätzung der Gutachter zur Arbeitsfähigkeit kritisiert respektive dem Schmerzsyndrom „invalidisierenden Charakter“ attestiert, erweist sich dies als nicht überzeugend, weshalb auch dieser Bericht den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nicht schmälert.

Im Weiteren diagnostizierte Dr. med. N. _____ im Bericht vom 12. Mai 2017 zwar eine (in Remission) begriffene rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (act. II 100 S. 29). Dies wird jedoch befundmässig nicht untermauert und es fehlen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit. Auch wenn berücksichtigt wird, dass die Behandlung bei Dr. med. N. _____ erst seit dem 24. Januar 2017 erfolgt – mithin nach der (psychiatrischen Teil-)Begutachtung in der MEDAS – ist eine (dauerhafte) Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes bzw. des funktionellen Leistungsvermögens nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan, womit auch dieser Bericht den

Beweiswert des MEDAS-Gutachtens und die darin erfolgte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht in Frage stellt.

Schliesslich ändern auch die im September 2017 ins Recht gelegten diversen Berichte des Spitals I. _____ (act. II 111 S. 3 ff.) – der letzte datiert vom 4. Juli 2017 (vgl. S. 3 f.) – an den Schlussfolgerungen im MEDAS-Gutachten nichts: Abgesehen davon, dass sich auch diese Berichte nicht zur Arbeitsfähigkeit äussern, vermögen sie keine wesentliche Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen seit der Begutachtung aufzuzeigen, was auch aus der Stellungnahme der MEDAS-Experten vom 23. Oktober 2017 hervorgeht (vgl. act. II 118).

3.4 Somit liegen gemäss dem MEDAS-Gutachten diverse (somatische) Beeinträchtigungen vor, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen, wobei namentlich ein leichtes bis mittelschweres kognitives Defizit, eine Ataxie bei Polyneuropathie und Zerebellopathie sowie eine chronisch obstruktive Pneumopathie (Stadium GOLD II) das Leistungsvermögen im Umfang von 30% einschränken (act. II 95.1 S. 35 f.). Mit Bezug auf den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit hielten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer sei von Juli 2013 bis Dezember 2014 100% für jegliche Tätigkeiten arbeitsunfähig gewesen. Von Januar 2015 bis Juni 2015 habe eine 25%ige, von Juli 2015 bis Juni 2016 eine 50%ige und ab Juli 2016 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten mit den neurologisch und neuropsychologisch qualitativen Einschränkungen bestanden (S. 36 f.). Die zuletzt attestierte Arbeitsfähigkeit von 70% beansprucht nach dem Dargelegten Gültigkeit bis mindestens zum massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 23. Februar 2018.

Die von den MEDAS-Experten vorgenommene Abstufung der Arbeitsfähigkeit hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 23. Februar 2018 übernommen (vgl. act. II 124 S. 5) und sie wird vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt. Anzufügen bleibt immerhin, dass die seit Juni 2013 bis Dezember 2014 attestierte ununterbrochene 100%ige Arbeitsunfähigkeit (für sämtliche Tätigkeiten) lediglich von den Dres. med. O. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und K. _____ (rückwirkend) bescheinigt (vgl. act. II 18 S. 3; 31 S. 4; 39 S. 4), nicht jedoch durch echtzeitliche Berichte durchgehend bestätigt wird, weshalb sich diese

Annahme – jedenfalls im Lichte von Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG bzw. im Hinblick auf die Zusprache einer (befristeten) ganzen Rente (vgl. E. 4.5.1 hinten) – allein zu Gunsten des Beschwerdeführers auswirkt (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 410, Rz. 9). Ebenso erweist sich die von den Gutachtern erst ab Juli 2016 attestierte 70%ige Arbeitsfähigkeit als eher wohlwollend, geht doch insbesondere aus dem Bericht des Spitals I. _____ vom 15. Februar 2016 (act. II 76 S. 2 f.) hervor, dass der noch mobile und sich häufiger im Ausland befindende (vgl. act. II 69 S. 14) Beschwerdeführer nach einem Urlaub in ... über eine anhaltende Verbesserung der Beschwerden in den Füßen berichtete (act. II 76 S. 2). Ob damit – eingedenk der sich ebenfalls auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden kognitiven Defizite – die höhere Arbeitsfähigkeit nicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt ausgewiesen wäre, lässt sich nicht mehr klären. Die Einschätzung wirkt sich letztlich allein zu Gunsten des Beschwerdeführers aus.

3.5 Zusammenfassend ist der Invaliditätsermittlung von Juli 2013 bis Dezember 2014 eine 100%ige, ab Januar 2015 bis Juni 2015 eine 75%ige, ab Juli 2015 bis Juni 2016 eine 50%ige und ab Juli 2016 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit zugrunde zu legen. Gestützt darauf ist nachfolgend – basierend auf der Einkommensvergleichsmethode – der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Art. 16 ATSG).

4.1.1 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 Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (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).

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

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, kann der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) um bis zu maximal 25% gekürzt werden, wenn persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität resp. Aufenthaltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.2 Der Beschwerdeführer meldete sich im September 2014 bei der IV-Stelle des Kantons Basel-Stadt zum Leistungsbezug an (act. II 4 S. 6). Unter Berücksichtigung des im MEDAS-Gutachten postulierten Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. II 95.1 S. 35 f.) ist das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) erfüllt. Gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Renten-

spruch demnach frühestens im März 2015, nachdem die im August 2014 erfolgte Anmeldung zur Früherfassung (act. II 1) keine Anmeldung bei der IV im Sinne von Art. 29 ATSG darstellt (vgl. Entscheide des BGer vom 9. September 2014, 9C_463/2014, E. 3.2 und vom 11. Dezember 2015, 9C_425/2015, E. 2.1). Dies ist denn auch unbestritten.

4.3

4.3.1 Der Beschwerdeführer absolvierte eine Lehre als ... (act. II 7) und arbeitete gemäss den anamnestischen Angaben im MEDAS-Gutachten zwischen 1980 bis 1998 in ..., wobei er zuletzt sechs Firmen gehabt und sich einen Lohn von (bis zu) Fr. 180'000.-- jährlich ausbezahlt habe (act. II 95.1 S. 12). Nach der Scheidung und dem Konkurs der Firmen (vgl. act. II 100 S. 18-21) habe er „alles verloren“. Zwischen 1998 und 2010 lebte der Beschwerdeführer in ..., wo er gemäss seinen Angaben gegenüber den MEDAS-Gutachtern als ... im Aufbau von ... tätig war (act. II 95.1 S. 8). Später habe er mit seiner zweiten Ehefrau ... produziert, nach der Trennung und dem Verkauf seines Hauses vorübergehend als Angestellter. Nachdem er keinen Lohn mehr erhalten habe, sei er 2010 in die Schweiz zurückgekehrt (S. 12). In der Folge sei er zwischen 2011-2013 (richtig wohl: 2012 [vgl. act. II 4 S. 4; 17 S. 2; 98 S. 4; 100 S. 12-14]) in ... in der ... tätig gewesen und habe sich dabei um die ... verschiedener ... gekümmert. Als sein Vertrag ausgelaufen und ein neues Projekt verzögert angelaufen sei, sei er 2013 in die Schweiz zurückgekehrt und habe hier eine Beratungsfirma für ... aufbauen wollen, was jedoch durch den Ausbruch der Malaria verhindert worden sei (act. II 95.1 S. 12).

4.3.2 Der Beschwerdeführer macht auch beschwerdeweise geltend, er hätte sich nach seiner Rückkehr in die Schweiz bei guter Gesundheit selbständig gemacht und ... beraten und gecoacht, weshalb von einem Valideneinkommen zwischen Fr. 130'000.-- und Fr. 180'000.-- bzw. Fr. 155'000.-- auszugehen sei (Beschwerde, S. 4, Ziffer 1). Insoweit verkennt der Beschwerdeführer, dass bei der Ermittlung des Valideneinkommens nicht massgebend ist, was er bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59, 131 V 51 E. 5.1.2 S. 53), sondern was er im massgeblichen Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns – hier im März 2015 – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesun-

der tatsächlich verdient hätte (vgl. E. 4.1.1 vorne). Es bestehen in den Akten keine hinreichend konkreten Hinweise, wonach der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall in der Schweiz tatsächlich eine Beratungsfirma gegründet hätte. Selbst jedoch wenn im Umstand, wonach der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben von ... aus bereits einen Businessplan erstellt haben will (Akten des Beschwerdeführers [act. I], 4), solche konkreten Hinweise zu erblicken wären, liesse dies noch nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad auf die Erwirtschaftung eines Einkommens in der vom Beschwerdeführer beschwerdeweise geltend gemachten Höhe schliessen, hängt der wirtschaftliche Erfolg doch von sehr vielen (beeinflussbaren und unwägbar) Faktoren ab. Zwar trifft es nach dem Dargelegten zu, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit tatsächlich Einkommen in der angegebenen Höhe erzielte (vgl. act. II 98 S. 4 f.). Das damalige – bzw. letztmals im Jahre 1997 und damit vor 21 bzw. 18 Jahren – hohe Einkommen erwirtschaftete er jedoch insbesondere mit der Fabrikation von ... und dem Handel von Waren aller Art (act. II 98 S. 4 f.; 100 S. 20). Dieser Tätigkeitsbereich unterscheidet sich wesentlich von jenem der Beratung, weshalb (sowohl unter zeitlichem wie auch unter sachlichem Blickwinkel) eine Extrapolation der damaligen Lohnentwicklung auf die hier zu beurteilenden (hypothetischen) Verhältnisse ohnehin ausser Betracht fiele. Daran ändert nichts, dass – wie der Beschwerdeführer weiter vorbringt – seine in ... lebenden Töchter auf seine finanzielle Unterstützung angewiesen seien.

Schliesslich ist unbestritten und anerkennt auch der Beschwerdeführer, dass die letzte Tätigkeit für die P. _____ GmbH zeitlich befristet war, weshalb auch der im Rahmen dieser Tätigkeit erzielte Verdienst nicht dem Valideneinkommen zugrunde gelegt werden und damit auch offen bleiben kann, inwieweit die vom Beschwerdeführer vorgenommenen Einkommensberechnungen (vgl. act. I 4) zutreffen. Immerhin ist anzufügen, dass zum Valideneinkommen lediglich jene Zahlungen des Arbeitgebers gehören, auf welche paritätische Beiträge erhoben worden sind, wobei der IK-Auszug die massgebende Grundlage für dessen Ermittlung darstellt (vgl. Entscheid des BGer vom 18. März 2015, 8C_590/2014, E. 5.2.2). Die vom Beschwerdeführer vorgenommenen Berechnungen finden im IK-Auszug keine Bestätigung. Indem der Beschwerdeführer sodann für die Zeit nach Januar 2012 bis zur Malariaerkrankung im Jahr 2013 keine längerdauernden un-

selbständigen Tätigkeiten belegt hat und namentlich auch hinsichtlich des von 1998 bis 2010 dauernden Aufenthalts in ... keine zuverlässigen Rückschlüsse auf das Valideneinkommen möglich sind, hat die Beschwerdegegnerin für dessen Ermittlung zu Recht auf Tabellenlöhne gemäss LSE abgestellt (vgl. E. 4.1.1 vorne).

4.3.3 Für diesen Fall macht der Beschwerdeführer jedoch geltend, mit Blick auf seine Berufsgeschichte und Fähigkeiten sei entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht das Kompetenzniveau 1 (vgl. act. II 124 S. 5), sondern das Kompetenzniveau 4 bzw. 3 zu berücksichtigen (Beschwerde, S. 4, Ziffer 2 f.). Entgegen seiner Auffassung ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin jedoch nicht zu beanstanden. Denn massgeblich ist im Ergebnis nicht die (hypothetisch) ausgeübte Tätigkeit, sondern das (hypothetisch) erzielte Einkommen. In der von vornherein befristeten Anstellung der ... mit Einsatzort ... war ein Lohn von monatlich Fr. 5'043.-- vereinbart (act. II 76). Aus dem IK-Auszug geht schliesslich hervor, dass der Beschwerdeführer nach seiner Rückkehr aus ... im Jahr 2010 keine beitragspflichtige Beschäftigung ausgeübt hatte und für dieses Jahr für ihn vom Gemeinwesen (d.h. im Rahmen der Sozialhilfe) der Mindestbeitrag geleistet worden war. Auch für die Zeit ab Anfang 2011 bis zum Beginn der Anstellung für die Tätigkeit in ... im Juni 2011 ist keine beitragspflichtige Beschäftigung ausgewiesen (act. II 98 S. 4 f.). Gleiches gilt für die Zeit nach Beendigung des Einsatzes in ... ab Februar 2012 bis zum Ausbruch der Erkrankung im Juni 2013. Dies schliesst ein Abstellen auf das Kompetenzniveau 3 oder 4 bzw. die entsprechenden hohen Durchschnittslöhne von – gemäss den Angaben in der Beschwerde – rund Fr. 90'000.-- bis knapp Fr. 115'000.-- aus. Mit Blick auf die Erwerbs- und Lohnsituation der vergangenen Jahre sowie die Tatsache, dass der Beschwerdeführer nach jahrelanger Auslandsabwesenheit nun (weitgehend) ohne die für den hiesigen Arbeitsmarkt relevanten Fähigkeiten eine Stelle suchen muss, erweist sich das von der Beschwerdegegnerin zugrunde gelegte Valideneinkommen als grosszügig.

4.4 Hinsichtlich des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin ebenfalls auf Tabellenlöhne gemäss LSE abgestellt (vgl. act. II 124 S. 5), wobei sie das Kompetenzniveau 1 zugrunde legte.

4.4.1 Der Beschwerdeführer bringt zunächst vor, es stelle sich die Frage, ob er seine Restarbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft überhaupt noch verwerten könne (Beschwerde, S. 5, Ziffer 2).

Nach der Rechtsprechung wird das fortgeschrittene Alter, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460; SVR 2016 IV Nr. 58 S. 192 E. 4.2.2).

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 Januar 2017 gut 59jährig. Damit blieb ihm eine erhebliche Aktivitätsdauer von mehr als fünf 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, vorwiegend sitzender und kognitiv nicht beanspruchender Tätigkeiten eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einem ganztägigen Pensum attestiert, weshalb die quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht gegen deren Verwertbarkeit spricht. Im Weiteren bestehen in psychischer Hinsicht keine

Einschränkungen hinsichtlich des Leistungsvermögens (act. II 95.1 S. 16; 34) und die persönlichen Ressourcen sind gesundheitsbedingt nicht eingeschränkt (S. 17). Dass sich der Beschwerdeführer subjektiv „kaum mehr arbeitsfähig fühlt“ bzw. „explizit eine Rente erwartet“ (S. 18), ist aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht massgebend.

Der ausgeglichene Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. 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 Arbeitsangebote, 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; vgl. auch E. 4.4.2 sogleich).

Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist demnach sowohl für sich genommen wie auch unter dem Gesichtswinkel des fortgeschrittenen Alters zu bejahen.

4.4.2 Weiter macht der Beschwerdeführer unter Hinweis auf das eingeschränkte Leistungsspektrum, das fortgeschrittene Alter sowie die um 30% verminderte Leistungsfähigkeit einen leidensbedingten Abzug von 25% statt den von der Beschwerdegegnerin gewährten 10% geltend (Beschwerde, S. 5, Ziffer 1).

Nach der Rechtsprechung zum leidensbedingten Abzug (vgl. E. 4.1.2 vorne) darf das kantonale Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, die seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (Entscheid des BGer vom 18. Januar 2018, 8C_552/2017, E. 4.3). Praxisgemäss sind keine separat quantifizierten Abzüge je für die massgeblichen Kriterien vorzunehmen und diese zu addieren, sondern ist der Abzug unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässem Ermessen gesamthaft zu schätzen (Entscheid des BGer vom 26. April 2018, 8C_699/2017, E. 3.1).

Wie in E. 3.4 vorne dargelegt, wurde im MEDAS-Gutachten unter Berücksichtigung sämtlicher körperlicher Einschränkungen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% bei einem ganztägigen Pensum attestiert. Wenn die Beschwerdegegnerin aufgrund des eingeschränkten Tätigkeitsspektrums unter dem Aspekt der leidensbedingten Einschränkungen einen zusätzlichen Abzug von 10% auf dem Tabellenlohn gewährte (act. II 124 S. 5), so erweist sich dies somit zumindest als grosszügig, wird damit denselben gesundheitlichen Beeinträchtigungen doch zweimal Rechnung getragen. Jedenfalls besteht für einen weitergehenden Abzug kein Anlass, sind doch die Voraussetzungen hinsichtlich der invaliditätsfremden Gründe Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad nicht erfüllt: So werden – wie bereits dargelegt (vgl. E. 4.4.1 vorne) – Hilfsarbeiten auf dem massgeblichen ausgeglichenen hypothetischen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt. Und auch mit Bezug auf die vorliegend noch mögliche Teilzeitbeschäftigung im Umfang von 70% rechtfertigt sich mit Blick auf die vorzunehmende gesamthafte Betrachtung unter den vorliegend gegebenen Umständen kein weiterer Abzug (vgl. BGer 8C_699/2017, E. 3.1).

Es besteht demnach kein triftiger Grund, den vorinstanzlich gewährten leidensbedingten Abzug von 10% zu erhöhen.

4.5 Gestützt auf diese Feststellungen sind nachfolgend die Invaliditätsgrade zu ermitteln.

4.5.1 Für die Zeit ab März 2015 (vgl. E. 4.2 hiervor) ergibt sich das Folgende:

Hinsichtlich des Valideneinkommens ist auf den Wert „Total“ von Tabelle TA1, Männer, Kompetenzniveau 1 der LSE 2014 abzustellen (vgl. E. 4.3 vorne). Indem der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls auf statistische Werte gemäss LSE 2014 abzustellen (vgl. E. 4.1.2 vorne), wobei dieselbe Tabellenposition wie beim Valideneinkommen zu berücksichtigen ist. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich rechtsprechungsgemäss deren genaue ziffernmässige Ermittlung: Der Invaliditätsgrad entspricht diesfalls dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 75% (vgl. E. 3.5 vorne) unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn von maximal 10% (Entscheid des BGer vom 7. April 2016, 9C_898/2015, E. 1; vgl. E. 4.4.2 vorne). Damit hat der Beschwerdeführer ab März 2015 bei einem Invaliditätsgrad von gerundet (zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123) maximal 78% ($1 - [0.25 \times 0.9]$); zur Berechnung vgl. Entscheid des BGer vom 18. April 2017, 9C_675/2016, E. 3.1) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. E. 2.2 vorne).

4.5.2 Ab Juli 2015 bestand eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.5 vorne), weshalb eine revisionsrelevante Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen gegeben und der Invaliditätsgrad neu zu ermitteln ist (vgl. E. 2.3 vorne).

Massgebend bleiben dieselben Bemessungsparameter. Der Invaliditätsgrad entspricht demnach dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 50% (vgl. E. 3.5 vorne) unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn von maximal 10%, womit der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) ab Oktober 2015 bei einem Invaliditätsgrad von gerundet maximal 55% ($1 - [0.5 \times 0.9]$) Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat (vgl. E. 2.2 vorne).

4.5.3 Schliesslich wurde dem Beschwerdeführer ab Juli 2016 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. E. 3.5 vorne), womit ein weiterer

Revisionsgrund gegeben und der Rentenanspruch abermals neu zu ermitteln ist (vgl. E. 2.3 vorne).

Bei weiterhin unveränderten Invaliditätsbemessungsgrundlagen entspricht der Invaliditätsgrad demnach dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 30% (vgl. E. 3.5 vorne) unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn von maximal 10%, womit der Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von gerundet maximal 37% ($1 - [0.7 \times 0.9]$) ab Oktober 2016 (Art. 88a Abs. 1 IVV) keinen Anspruch auf eine Invalidenrente mehr hat (vgl. E. 2.2 vorne).

4.6 Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

Mit der Abweisung der Beschwerde ist der Beschwerdeführer als unterliegend zu betrachten. Damit wird er kostenpflichtig (Art. 108 VRPG), weshalb nachfolgend vorab das Gesuch um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege zu prüfen ist.

5.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint.

Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist aufgrund der dokumentierten finanziellen Verhältnisse respektive seiner Sozialhilfebedürftigkeit ausgewiesen (act. I 3). Im Weiteren ist die Beschwerde nicht als aussichtslos zu qualifizieren, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege hinsichtlich der Verfahrenskosten gutzuheissen ist.

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. 800.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 5.1 hiervor) 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). Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- 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.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):

- B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- 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.