

200 12 1100 IV  
MAW/SAW/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 4. September 2014**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiberin Winiger

A. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Oktober 2012

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1981 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 17. März 2005 wegen den Folgen eines im August 2004 erlittenen Sturzes im Badezimmer mit Anschlagen des Kopfes bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2 S. 3, 218). Nachdem die kantonale IV-Stelle ... erwerbliche und medizinische Abklärungen vorgenommen hatte, sprach sie dem Versicherten insbesondere aus psychischen Gründen (act. II 2 S. 73 ff., 104, 147) mit Verfügung vom 13. Mai 2008 (act. II 2 S. 177) bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 100% ab dem 1. Juli 2005 eine ganze Rente zu.

### **B.**

In der Folge verlegte der Versicherte seinen Wohnsitz in den Kanton Bern, so dass das Dossier zur weiteren Bearbeitung an die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) überwiesen wurde (act. II 2 S. 200). Diese leitete am 4. Juni 2010 (act. II 4) ein Revisionsverfahren ein, bei welchem sowohl der Versicherte als auch Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, angaben, der Gesundheitszustand sei gleich geblieben (act. II 4 f.). Daraufhin erachtete Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn am 24. Mai 2011 (act. II 11 S. 3) eine medizinische Abklärung für notwendig und veranlasste im Hinblick darauf eine Laboruntersuchung auf Drogen (act. II 13). Nachdem positive Resultate auf Benzodiazepine, Kokain und Opiate festgestellt worden waren (act. II 15), forderte die IVB den Versicherten mit Schreiben vom 1. Juli 2011 (act. II 16) zu einer vollständigen Abstinenz bezüglich der genannten Suchtmittel auf. Obwohl die Analyse vom 8. Juni 2012 (act. II 27 S. 2) erneut positive Ergebnisse auf diverse Suchstoffe ergab, wurde der Versicherte am 19. und 20. Juni 2012 durch die Gutachterstelle D. \_\_\_\_\_ untersucht und begutachtet (vgl. MEDAS-Gutachten vom 15. August 2012, act. II 33.1).

Gestützt auf die Ergebnisse der getätigten Abklärungen stellte die IVB mit Vorbescheid vom 27. August 2012 (act. II 34) bei einem ermittelten IV-Grad von 30% die Aufhebung der Rente in Aussicht. Zur Begründung führte sie aus, seit der letzten Begutachtung habe die affektive Symptomatik abgenommen, weshalb eine umfassende Neubeurteilung durchgeführt werden könne. Gemäss den Abklärungsergebnissen bestehe in einer körperlich leichten und geeigneten Erwerbstätigkeit eine 70%-ige Arbeitsfähigkeit.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch die E.\_\_\_\_\_, am 1. Oktober 2012 Einwand und reichte einen weiteren Arztbericht ein (act. II 44). Nach Eingang einer Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 11. Oktober 2012 (act. II 46) verfügte die IVB am 16. Oktober 2012 wie angekündigt und hob die Rente auf das Ende des folgenden Monats auf. Einer allfälligen Beschwerde gegen diese Verfügung wurde die aufschiebende Wirkung entzogen (act. II 47).

### **C.**

Hiergegen erhob der Versicherte am 15. November 2012 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 16. Oktober 2012 sowie die Rückweisung der Sache zur Neubeurteilung. Des Weiteren ersuchte er um Einholung eines neuen Gutachtens bei neutralen Ärzten und um Weiterausrichtung der Invalidenrente (IV-Rente). Gleichzeitig stellte er zudem ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 16. November 2012) reichte der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 5. Dezember 2012 das Formular betreffend die unentgeltliche Rechtspflege sowie entsprechende Beilagen (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 1 ff.) ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Dezember 2012 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 18. Dezember 2012 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut und schloss das Beweisverfahren ab.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 16. Oktober 2012 (act. II 47). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente und in diesem Zusammenhang, ob die Beschwerdegegnerin die bisherige ganze IV-Rente zu Recht auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben hat.

**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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

**2.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Um den IV-Grad 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** Ändert sich der IV-Grad 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).

**3.1.1** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die IV-Rente 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. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Juli 2013, 8C\_441/2012, E. 3.1.1).

**3.1.2** 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 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**3.1.3** 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).

**3.2** Zunächst ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen rentenzusprechenden Verfügung vom 13. Mai 2008 (act. II 2 S. 177 ff.) mit demjenigen im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 16. Oktober 2012 (act. II 47) zu vergleichen und zu prüfen, ob in dieser Zeit eine Änderung in den (medizinischen und/oder erwerblichen) Tatsachen eingetreten ist, die geeignet ist, den bisherigen Rentenanspruch zu beeinflussen

(vgl. E. 3.1.3 hiavor).

**3.3** Die ursprüngliche Rentenzusprache vom 13. Mai 2008 (act. II 2 S. 177 ff.) basierte überwiegend auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 16. November 2005 (act. II 2 S. 73 ff.), auf den Einschätzungen der behandelnden Fachärzte der Klinik G.\_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2007 (act. II 2 S. 147 ff.) sowie auf den Ausführungen des Neurologen Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 14. November 2007 (act. II 2 S. 160 f.).

**3.3.1** Dr. med. F.\_\_\_\_\_ hielt im Gutachten vom 16. November 2005 (act. II 2 S. 73 ff.) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen fest: Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F: 41.2) mit einer Panikstörung sowie sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F: 60.8, S. 79). Des Weiteren führte er aus, der Gesundheitszustand habe sich seit dem Unfall verschlechtert (S. 82 Ziffer 2.3 f.) und präziserte, der Explorand sei wegen den psychischen Problemen, dem ängstlichen und depressiven Zustand, den Panikattacken, diversen Phobien und aufgrund einer Persönlichkeits- und Thymusstörung sehr beeinträchtigt (S. 82 Ziffer 2.5). Ferner gab er an, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei momentan nicht mehr zumutbar (S. 82 Ziffer 2.2), wobei die Arbeitsfähigkeit mittels psychiatrischer Behandlung und anschliessend geeigneter beruflicher Massnahmen verbessert werden könne (S. 83 Ziffer 3.1).

**3.3.2** Der Beschwerdeführer war ab Oktober 2006 in der Klinik G.\_\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung. Im Bericht vom 8. Oktober 2007 (act. II 2 S. 147 ff.) diagnostizierten Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und der Psychologe J.\_\_\_\_\_ eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F: 60.9) sowie eine psychische und eine Verhaltensstörung durch Opiode mit einem Abhängigkeitssyndrom (momentan abstinent; ICD-10 F: 11.20). Ab dem August 2004 attestierten sie zudem eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 147). Ferner gaben sie an, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert und eine Arbeitsfähigkeit liege wegen den beobachteten Problemen und der Epilepsie momentan nicht vor, wobei sie darauf verwiesen, dass letztere durch einen Neurologen zu beurteilen sei. Schliesslich stellten sie dem

Versicherten eine schlechte Prognose und schlossen berufliche Massnahmen wegen den Phobien und des fragilen psychischen Zustandes vorläufig aus (S. 148 Ziffer 7).

**3.3.3** Im Bericht vom 14. November 2007 (act. II 2 S. 160 f.) erläuterte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen, die meisten epileptischen Anfälle seien wahrscheinlich auf eine schlechte Einhaltung der Medikation zurückzuführen; der Spiegel der Epilepsiemedikamente im Blut sei viel zu tief. Des Weiteren kam er zum Schluss, dass aus rein neurologischer Sicht trotz der diagnostizierten Epilepsie bei richtiger Medikation eine berufliche Eingliederung – ohne gefährliche bzw. gefährdende Tätigkeiten – wieder ins Auge gefasst werden könne. Seiner Ansicht nach stünden einer Wiederaufnahme der Arbeit nur die psychischen Probleme im Wege (S. 161).

**3.4** Bezüglich der Situation im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. Oktober 2012 (act. II 47) lassen sich den medizinischen Unterlagen im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.4.1** Dr. med. B. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 15. Juli 2010 (act. II 5) eine Epilepsie mit generalisierten Anfällen, eine mässige Angst und depressive Störung sowie chronische Kopfschmerzen und attestierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Zum Krankheitsverlauf gab er an, der Gesundheitszustand sei stationär geblieben; die epileptischen Anfälle kämen noch einmal pro Monat vor (S. 1). Ferner erachtete er eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt (S. 2).

**3.4.2** Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 15. August 2012 (act. II 33.1) basiert auf einer allgemeininternistischen Untersuchung (S. 6 ff. Ziffer 3) sowie auf den Fachgutachten in den Gebieten Psychiatrie (S. 8 ff. Ziffer 4.1) und Neurologie (S. 13 ff. Ziffer 4.2).

Die Gutachter nannten gesamtmedizinisch als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit eine Epilepsie mit generalisierten Anfällen und unklarer Ätiologie (ICD-10 G: 40.9), chronifizierte rechtshemisphärische migränoide Kopfschmerzen (ICD-10 G: 43.8, mit dem Verweis auf Differenzialdiagnosen [DD]), eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F: 41.2) und eine Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren Zügen (ICD-10 F: 60.6). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten

die Gutachter eine Störung durch multiplen Substanzkonsum, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F: 19.25), einen chronischen Nikotinabusus (ICD-10 F: 17.01) und einen Verdacht auf Medikamentenmalcompliance (ICD-10 Z: 91.1) fest (S. 16 Ziffer 5).

Bezüglich der obgenannten untersuchten Bereiche wurde insbesondere folgendes ausgeführt:

Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, kam gestützt auf seine Untersuchung zum Ergebnis, dass sich aus allgemeininternistischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit finde. Zur Verbesserung des Gesundheitszustandes sei ein konsequenter Nikotinstopp anzustreben (S. 8 Ziffer 3.5 f.).

Nach der Exploration vom 19. Juni 2012 bestätigte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die bereits in den Akten genannten Diagnosen einer Angst und depressiven Störung gemischt sowie einer Persönlichkeitsstörung. Des Weiteren wies er auf den regelmäßigen Benzodiazepin- und Opioidanalgetikakonsum hin, welcher die vorliegende affektive Symptomatik verschlechtern könne, und kam gestützt darauf zum Schluss, dass die Angst und depressive Störung gemischt und die Persönlichkeitsstörung auf die Arbeitsfähigkeit nur leicht einschränkend seien (S. 11). Ferner fuhr er fort, aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%, die durch die vorliegenden psychischen Störungen bedingt sei. Nach einer stationären Behandlung mit medikamentöser Einstellung, vor allem der Schmerzmedikation, sei theoretisch zudem von einer Verbesserung auszugehen (S. 12 Ziffer 4.1.5). Zu den früheren Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht gab Dr. med. L. \_\_\_\_\_ an, die von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in der Beurteilung vom 16. November 2005 (act. II 2 S. 82) attestierte volle Arbeitsunfähigkeit könne, obwohl früher im Gegensatz zu heute noch eine Panikstörung diagnostiziert worden sei, nicht bestätigt werden. Denn bei einer gemischten ängstlichen und depressiven Störung handle es sich um leichte affektive Symptome, wodurch höchstens eine leichte Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne (S. 12 Ziffer 4.1.8). Zudem schränke auch die Persönlichkeitsstörung die Arbeitsfähigkeit nur leicht ein. Dies weil der Explorand früher trotz dieser Störung habe arbeiten können. Demzufolge sei

zur Zeit der psychiatrischen Begutachtung im Jahre 2005 gestützt auf die damals noch vorhandene deutlichere affektive Symptomatik mit zusätzlicher Panikstörung eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen (S. 13). Die Beurteilung der Ärzte der Klinik G. \_\_\_\_\_ hielt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ ebenfalls nicht für korrekt und wies nochmals darauf hin, dass der Explo- rand früher trotz seiner Persönlichkeitsstörung arbeitsfähig gewesen sei, was gegen eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit spreche (S. 13). Schliesslich erachtete er eine psychia- trische Behandlung, idealerweise in stationärem Rahmen, auch mit medi- kamentöser Neueinstellung, für notwendig (S. 13 Ziffer 4.1.9).

Dem neurologischen Zusatzgutachten von Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, kann zusammenfassend entnommen werden, dass die Epilepsie mit generalisierten tonisch-klonischen Anfällen sowie die chronifizierten rechtshemisphärischen migränoiden Kopfschmerzen im Vordergrund stehen, wobei unter der bisher durchgeführten Therapie die Anfallshäufigkeit deutlich habe reduziert werden können (S. 15 Ziffer 4.2.4). Des Weiteren attestierte Dr. med. M. \_\_\_\_\_ in einer adaptierten Tätig- keit (Arbeiten ohne Führen von Fahrzeugen, ohne Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten sowie unter Ausschluss von Aufträgen mit erheblicher Ver- letzungsgefahr [z.B. Arbeiten an Sägen]) eine Arbeitsfähigkeit von 80% und führte aus, leichte körperliche Tätigkeiten sowie administrative Arbeiten seien zumutbar (S. 15 f. Ziffer 4.2.5).

Aus polydisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, der Explo- rand sei bei vollschichtigem Pensum mit erhöhtem Pausenbedarf zu 70% in körperlich leichten und geeigneten Tätigkeiten arbeits- resp. leistungsfähig (S. 17 Ziffer 6.2). Zudem ergänzten sie, die Verbesserung der Arbeitsfähig- keit erkläre sich mit der früher beschriebenen Depression, die remittiert sei (S. 18). Betreffend der Diskrepanz zwischen den Angaben von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ und ihrem Resultat führten die Gutachter aus, diese gründe wahrscheinlich auf der schwierigen Rolle eines Hausarztes, welcher natur- gemäss bemüht sei, seinen Patienten zu helfen und sie zu beschützen. Ausserdem stütze sich das Ergebnis der Hausärzte häufig zu einem gros- sen Teil auf die von den Patienten gemachten subjektiven Angaben (S. 18 Ziffer 6.5). Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähig-

keit konnten die Gutachter keine vorschlagen. Auch berufliche Massnahmen wurden auf Grund der geringen Erfolgsaussichten nicht empfohlen (S. 19).

**3.4.3** Der Hausarzt Dr. med. N.\_\_\_\_\_ teilte im Schreiben vom 21. September 2012 (act. II 42) mit, die aktuellen Beschwerden beobachte er unverändert seit vier Jahren. Eine Dynamik oder eine relevante Änderung habe er nicht feststellen können. Wie ein roter Faden seien die Angststörungen bei depressiver Persönlichkeit, die Persönlichkeitsstörung (soziale Phobie), das psychoorganische Syndrom, die gestörte Schmerzverarbeitung, die chronischen Kopfschmerzen, die hypochondrische Fixation auf die körperlichen Symptome (Kopfschmerzen) sowie die Fixation auf die Medikamente mit Suchtverhalten zu beobachten. Seiner Ansicht nach bestehe die Arbeitsunfähigkeit unverändert weiter (S. 1).

**3.4.4** Die RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ kam in der Stellungnahme vom 11. Oktober 2012 (act. II 46 S. 3) zum Schluss, dass das MEDAS-Gutachten vom 15. August 2012 in sich stimmig und nachvollziehbar sei.

**3.5** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag

gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

### **3.6**

**3.6.1** Die Beschwerdegegnerin hat dem MEDAS-Gutachten vom 15. August 2012 (act. II 33.1) vollen Beweiswert beigemessen und gestützt darauf eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes seit Juni 2012 als erstellt erachtet (act. II 47). Demgegenüber bestreitet der Beschwerdeführer das Vorliegen eines Revisionsgrundes und beantragt u.a. die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Neubeurteilung sowie die Einholung eines neuen Gutachtens bei neutralen Ärzten (Beschwerde, S. 1).

In Revisionsfällen ist insbesondere zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. E. 3.1 und 3.5 hiervor), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat (Entscheide des BGer vom 5. Juni 2012, 8C\_161/2012, E. 3.2, und vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 4.2; vgl. auch ANDREAS TRAUB, Neues aus den sozialrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts: Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, SZS 2012 S. 183 ff.).

**3.6.2** Während mit Verfügung vom 13. Mai 2008 (act. II 2 S. 177) gestützt

auf eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit eine ganze Rente zugesprochen wurde, attestierten die MEDAS-Gutachter im August 2012 aus polydisziplinärer Sicht in einer körperlich leichten und geeigneten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70% (act. II 33.1 S. 17 Ziffer 6.2). Zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führten sie aus, diese erkläre sich mit der früher beschriebenen Depression, welche aus psychiatrischer Sicht remittiert sei (act. II 33.1 S. 18 Ziffer 6.3).

Weder in der gesamtmedizinischen Beurteilung (act. II 33.1 S. 16 ff.) noch im psychiatrischen Zusatzgutachten (act. II 33.1 S. 8 ff.) wurde konkret erörtert, in welcher Art und Weise oder in welchem Ausmass sich die beschriebene Depression verändert haben soll. Vielmehr fällt auf, dass Dr. med. L. \_\_\_\_\_ die bereits in den Akten dokumentierten Diagnosen einer gemischten Angst und depressiven Störung und einer Persönlichkeitsstörung explizit bestätigte (act. II 33.1 S. 11), ohne auf diesbezügliche Veränderungen hinzuweisen. Des Weiteren legte Dr. med. L. \_\_\_\_\_ in der aktuellen psychiatrischen Beurteilung dar, die gemischte ängstliche und depressive Störung wirke – u.a. wegen dem Substanzkonsum (Abhängigkeit von Opioidanalgetika, Benzodiazepinen, Alkohol sowie anamnestisch Cannabis) – nur leicht (zu 20%) einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 33.1 S. 11). Wie anschliessend den kritischen Ausführungen von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ im Zusammenhang mit den früheren psychiatrischen Einschätzungen entnommen werden kann, ging er zudem bereits bezüglich der Beurteilung im Jahre 2005 davon aus, dass die Angst und depressive Störung gemischt nur einen leichten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatte (act. II 33.1 S. 12 Ziffer 4.1.8). Eine Veränderung resp. eine Verbesserung der diagnostizierten depressiven Symptomatik führte er demnach weder plausibel aus noch verwies er diesbezüglich auf entsprechende Untersuchungsbefunde oder andere erklärende Belegstellen. Schliesslich kann auch den aktuellen Arztberichten nicht entnommen werden, dass die beschriebene Depression remittiert ist. So berichtete sowohl der Hausarzt Dr. med. N. \_\_\_\_\_ als auch Dr. med. B. \_\_\_\_\_ von einem stationär gebliebenen Gesundheitszustand ohne auf eine Verbesserung hinsichtlich des depressiven Zustandes hinzuweisen (act. II 5 S. 1; 42 S. 1).

Soweit Dr. med. L. \_\_\_\_\_ im psychiatrischen Zusatzgutachten zudem

festhielt, im Gegensatz zur aktuellen Beurteilung habe zur Zeit der Begutachtung im Jahre 2005 noch eine deutlichere affektive Symptomatik mit zusätzlicher Panikstörung vorgelegen (act. II 33.1 S. 12 Ziffer 4.1.6 und 4.1.8), ist darauf hinzuweisen, dass bereits die Ärzte der Klinik G. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 8. Mai 2007 (act. II 2 S. 147) die Panikstörung bei den Diagnosen nicht aufführten. Da im Revisionsfall als Vergleichsbasis (vgl. E. 3.1.3 hiavor) der im Zeitpunkt der Rentenverfügung (act. II 2 S. 177) bestehende Gesundheitszustand heranzuziehen ist, könnte ein allenfalls bereits zuvor erfolgter Wegfall der Panikstörung nicht als Begründung eines verbesserten Gesundheitszustandes dienen. Dabei ist auch zu beachten, dass nicht primär die Diagnostik, sondern vielmehr der Gesundheitsschaden und dessen Auswirkungen relevant sind.

**3.6.3** Aus dem Dargelegten folgt, dass das MEDAS-Gutachten vom 15. August 2012 (act. II 33.1) resp. das psychiatrische Zusatzgutachten von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ (act. II 33.1 S. 8 ff.) die in Erwägung 3.6.1 hiavor erwähnten Anforderungen an ein zwecks Rentenrevision erstelltes Gutachten nicht erfüllt und insbesondere bezogen auf den hier massgebenden Beweisgegenstand einer revisionsrechtlich relevanten Änderung des medizinischen Sachverhalts keine beweismässige Entscheidungsgrundlage darstellt. Denn Dr. med. L. \_\_\_\_\_ begründete die postulierte Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes resp. die angeblich remittierte Depression weder anhand neuer Faktoren noch anhand bereits bestehender, in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass jedoch veränderter Tatsachen. Folglich kann gestützt auf die in den Akten liegenden medizinischen Unterlagen bzw. aufgrund des MEDAS-Gutachtens vom 15. August 2012 (act. II 33.1) nicht beurteilt werden, ob eine erhebliche Änderung des Sachverhalts eingetreten ist resp. ob ein Revisionsgrund vorliegt oder nicht.

Da das MEDAS-Gutachten vom 15. August 2012 (act. II 33.1) den Beweisanforderungen eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens nicht genügt (vgl. E. 3.6.1 hiavor), drängt sich die Durchführung einer neuen Begutachtung auf. Die Angelegenheit ist demnach – gemäss dem Antrag des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 1) – an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die massgeblichen medizinischen Abklärungen nachhole und gegebenenfalls neu verfüge. Dabei wird auch zu

beurteilen sein, ob eine Abstinenz vom Drogenkonsum zumutbar und gegebenenfalls mit welchen Auswirkungen diese verbunden wäre. Die Beschwerde ist somit gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben.

#### **4.**

Die Verfügung vom 13. Mai 2008 (act. II 2 S. 177) wurde auch der Pensionskasse O.\_\_\_\_\_ eröffnet, welche dem Beschwerdeführer ebenfalls eine Rente ausrichtet. Die hier angefochtene Verfügung vom 16. Oktober 2012 (act. II 47) hätte demnach der Pensionskasse O.\_\_\_\_\_ auch wieder eröffnet werden müssen, was jedoch unterlassen wurde.

Da die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 16. Oktober 2012 (act. II 47) aufzuheben ist, hat der vorliegende Entscheid keine Rückwirkung auf die Rechtsbeziehung zwischen dem Beschwerdeführer und seiner Pensionskasse (SVR 2007 AHV Nr. 2 S. 5 E. 2.2). Eine Beiladung der Pensionskasse zum vorliegenden Beschwerdeverfahren konnte demnach ohne weiteres unterbleiben. Der guten Ordnung halber wird das vorliegende Urteil jedoch der Pensionskasse O.\_\_\_\_\_ zur Kenntnisnahme zugestellt.

#### **5.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

**5.2** Trotz seines Obsiegens hat der nicht vertretene Beschwerdeführer

nach konstanter Praxis keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da der Aufwand zur Wahrung seiner Interessen den Rahmen dessen nicht überschritten hat, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (vgl. BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 16. Oktober 2012 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
- A. \_\_\_\_\_ (samt eingereichten Akten)
  - IV-Stelle Bern (samt eingereichten Akten)
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Zur Kenntnisnahme:

- Pensionskasse O. \_\_\_\_\_

**Hinweis:** *Im Falle einer Anfechtung dieses Entscheides sind die Akten dem Bundesgericht zuzustellen.*

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.