

200 14 1145 IV
SCI/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. August 2015

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Jakob

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. Oktober 2014



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene A. _____ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Dezember 2007 unter Hinweis auf chronische Schmerzen und eine massive Schlaflosigkeit bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese gewährte ihm mit Verfügung vom 11. November 2008 (AB 33) bei einem Invaliditätsgrad von 80 % ab 1. März 2008 eine ganze Invalidenrente. Im Rahmen einer von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision bestätigte sie diesen Anspruch mit formloser Mitteilung vom 24. Mai 2011 (AB 47).

B.

Anlässlich einer weiteren ordentlichen Rentenrevision stellte die IVB dem Versicherten nach einer polydisziplinären Begutachtung (AB 69.1) mit Vorbescheid vom 8. Juli 2014 (AB 70) in Aussicht, die Rentenverfügung wegen zweifelloser Unrichtigkeit in Wiedererwägung zu ziehen und die laufende Rente für die Zukunft aufzuheben. Nach erhobenem Einwand (AB 73) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 76) erliess die IVB am 29. Oktober 2014 eine Verfügung (AB 77), mit der sie entsprechend dem Vorbescheid die ursprüngliche Rentenverfügung wiedererwägungsweise aufhob, die Invalidenrente auf Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats aufhob und einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung entzog.

C.

Mit Eingabe vom 1. Dezember 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch lic. iur. C. _____ vom B. _____, Beschwerde und beantragte die kostenfällige Aufhebung der Verfügung.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. Januar 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, wobei sie unter anderem vorbrachte, die angefochtene Verfügung sei gegebenenfalls mit der substituierten Begründung einer materiellen Rentenrevision bzw. in Anwendung der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) zu schützen.

Replicando hielt der Beschwerdeführer am 9. April 2015 an seinem Rechtsbegehren fest und am 11. Mai 2015 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihren Antrag.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 29. Oktober 2014 (AB 77). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch bzw. ob die Beschwerdegegernerin die laufende ganze Invalidenrente zulässigerweise auf Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats, mithin per 30. November 2014 (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. II Ziff. 1 i.V.m. Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 2), aufhob.

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). Dabei verpflichtet das Prinzip der Rechtsanwendung von Amtes wegen das Gericht, auf den festgestellten Sachverhalt jenen Rechtssatz anzuwenden, den es als den zutreffenden ansieht, und ihm auch die Auslegung zu geben, von der es überzeugt ist (BGE 122 V 34 E. 2b S. 36; ARV 2005 S. 223 E. 2.1). In der Rechtsanwendung von Amtes wegen ist die Substitution der Motive inbegriffen, gestützt auf die das Gericht eine im Ergebnis richtige, aber falsch begründete Verfügung mit anderen rechtlichen Überlegungen bestätigt (BGE 122 V 34 E. 2b S. 36). Das Gericht hält dabei im Rahmen der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege fest, eine im Ergebnis richtige, aber falsch begründete Verfügung sei aus anderen rechtlichen Überlegungen haltbar. Es schützt die angefochtene Verfügung mit der zutreffenden Begründung. Dabei handelt es sich nicht um eine unzulässige Vermischung der Aufgaben der Verwaltung und des Gerichts, weil das Gericht keine Verfügung in Wiedererwägung zieht (BGE 125 V 368 E. 3b S. 370).

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 Er-

werbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr hat im Rahmen eines strukturierten, normativen Prüfungsrasters anhand eines Katalogs von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. Juni 2015, 9C_492/2014, E. 3.6 [zur Publikation vorgesehen]).

2.4 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 Viertelrente.

2.5 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).

2.5.1 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. 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; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.1).

2.5.2 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).

2.5.3 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung H._____ücksichtigen (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).

Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszu-

stands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2). Die weitere Ausrichtung einer Invalidenrente nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision, sofern dabei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde, bedarf gemäss Art. 74^{ter} lit. f der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) keiner Verfügung. Die blosser Mitteilung eines solchen Revisionsergebnisses ist, wenn keine Verfügung verlangt wurde (Art. 74^{quater} Abs. 1 IVV; bis 31. Dezember 2011 Art. 74^{quater} IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2, 2010 IV Nr. 4 S. 8 E. 3.1).

2.6 Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Die Wiedererwägung dient der nachträglichen Korrektur einer ursprünglich unrichtigen Rechtsanwendung oder Sachverhaltsfeststellung durch die Verwaltung (BGE 117 V 8 E. 2c S. 17, SVR 2014 IV Nr. 10 S. 40 E. 4.1).

Nach der Rechtsprechung kann die Wiedererwägung rechtskräftiger Verfügungen nur in Betracht kommen, wenn es sich um die Korrektur grober Fehler der Verwaltung handelt (ZAK 1988 S. 555 E. 2b). Eine gesetzwidrige Leistungszusprechung gilt regelmässig als zweifellos unrichtig (BGE 126 V 399 E. 2b bb S. 401 ARV 2002 S. 181 E. 1a). Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss – derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung – denkbar (BGE 138 V 324 E. 3.3 S. 328; SVR 2014 IV Nr. 7 S. 30 E. 4.1). Zurückhaltung bei der Annahme zweifelloser Unrichtigkeit ist stets dann geboten, wenn der Wiedererwägungsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung betrifft, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzungen oder Beweiswürdigungen und damit auf Elementen beruht, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen. Eine vor dem Hintergrund der seinerzeitigen Rechtspraxis vertretbare Beurteilung der (invaliditätsmässigen) Anspruchsvoraussetzungen kann nicht zweifellos unrichtig sein (SVR 2014 IV Nr. 10 S. 40 E. 4.1; Entscheid des BGer vom

28. Juli 2011, 8C_962/2010, E. 3.1). Hingegen ist das Erfordernis in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 140 V 77 E. 3.1 S. 79).

3.

3.1 Der Anspruch auf die ursprünglich zugesprochene ganze Invalidenrente wurde mit formloser Mitteilung vom 24. Mai 2011 (AB 47) bestätigt. Auch eine blosser Mitteilung kann für eine materielle Rentenrevision im Sinne von Art. 17 ATSG in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt sein (vgl. E. 2.5.3 hievor). Der Mitteilung vom 24. Mai 2011 ging jedoch keine allseitige Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung voraus; es wurden lediglich der Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; AB 44) ediert, ein Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters (AB 46) eingeholt und seitens der Arbeitgeberin ein neuer Fragebogen ausgefüllt (AB 45). Folglich ist zur Prüfung einer materiellen Rentenrevision der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 11. November 2008 (AB 33) mit jenem im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 29. Oktober 2014 (AB 77) zu vergleichen und zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsrelevanter Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.1 hievor).

3.2 In Bezug auf die rechtskräftige Rentenverfügung vom 11. November 2008 (AB 33) lassen sich in medizinischer Hinsicht den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Auf Veranlassung des behandelnden Chiropraktors wurde der Beschwerdeführer wegen Rückenbeschwerden am 8. Oktober 2001 von Dr. med. D. _____, Facharzt für Radiologie FMH, bildgebend untersucht. Nebst einer beginnenden beidseitigen Spondylarthrose auf Stufe L4/5 vermerkte dieser im entsprechenden Befundbericht (AB 11/49) eine Osteochondrose ebendort mit Nachweis einer medianen subligamentären Diskushernie. Er erklärte, der Duralschlauch werde imprimiert und beide

L5-Wurzeln seien tangiert, wobei diese jedoch nicht wesentlich beeinträchtigt würden.

Nachdem zusätzlich Schmerzen im Iliosakralgelenk (ISG) beklagt worden waren, beschrieb der Radiologe nach weiteren Untersuchungen im Januar 2003 die Spondylarthrose bzw. die Imprimierung des Duralschlauchs durch die Diskushernie als geringgradig und ein MRI des ISG, des Sakrums sowie des Beckens fiel normal aus (AB 11/40-42).

3.2.2 Vom 17. März bis 8. Mai 2003 war der Beschwerdeführer in der Klinik E. _____ hospitalisiert, gleichzeitig fanden in diesem Zeitraum einzelne Abklärungen in der Klinik F. _____ statt (AB 11/24-37). Im Austrittsbericht der Klinik E. _____ vom 30. Mai 2003 (AB 11/24-26) wurden als Diagnosen hauptsächlich ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.8) sowie eine mittelschwere Erschöpfungsdepression (ICD-10: F32.11) festgehalten.

3.2.3 Zur Standortbestimmung bezüglich der unklaren Beschwerden überwies der Hausarzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, den Beschwerdeführer im November 2004 (AB 11/16) an Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH. Dieser liess am 3. März 2005 eine Skelettszintigraphie der Lendenwirbelsäule, beider ISG, des Beckens sowie der Hüftgelenke durchführen, die jedoch keine pathologischen Befunde offenbarte (AB 11/21). Er konnte auch keine ISG-Dysfunktion feststellen (AB 11/17), nahm jedoch bei Verdacht auf eine symptomatische Kokzygodynie im März 2005 eine Infiltration vor (AB 11/19 f.).

3.2.4 Im Rahmen von ambulanten Untersuchungen im Spital I. _____ im Dezember 2006 und Januar 2007 ergab sich nebst einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) zunächst ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; AB 11/11-13, 12/17 f.). Im Konsiliarbericht vom 29. März 2007 (AB 11/8, 12/14-16) wurde die somatoforme Schmerzstörung diagnostisch bestätigt und gleichzeitig ein Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) mit unreifen, vermeidenden und narzisstischen Elementen erwähnt. Dabei erklärten die Ärzte unter anderem, die Intensität der Schmerzen, denen ursprünglich organische Korrelate zugrunde gelegen hätten, habe parallel zur

psychosozialen Belastung zugenommen. Sie wiesen auf psychosoziale Belastungsfaktoren hin und gaben an, die Schmerzen hätten sich selbstständig und könnten heute nicht mehr den peripheren Innervationsgebieten zugeordnet werden.

3.2.5 Am 30. Juli 2007 schätzte Dr. med. G. _____ die Arbeitsfähigkeit gegenüber Dr. med. J. _____, Fachärztin für Arbeitsmedizin FMH, vom ... der K. _____ (der zur vertrauensärztlichen Abklärung seitens der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers herangezogen worden war [AB 12/19-21, 13/6-8]), auf 30 % bis 50 % (AB 12/12). In einem Telefonat vom 14. August 2007 erklärte Dr. med. G. _____ ihr gegenüber zudem, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich sollte arbeiten können, er als Hausarzt aber noch nie einen Patienten gesehen habe, der so massiv somatisiere (AB 12/11).

3.2.6 Nachdem der seit September 2006 behandelnde Dr. med. Christoph L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, am 3. September 2007 gegenüber Dr. med. J. _____ ebenfalls Bericht erstattet hatte (AB 12/8-10), orientierte Dr. med. M. _____, Facharzt für Arbeitsmedizin FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, vom ... die Arbeitgeberin am 7. September 2007, dass der Psychiater die Einschätzung des Hausarztes betätigt habe. Das Leiden sei therapeutisch sehr schwierig zu beeinflussen und es sei praktisch unmöglich, eine Prognose zu stellen. Bei weiter andauernder Arbeitsunfähigkeit bestehe aufgrund der gängigen Rechtsprechung voraussichtlich keine Aussicht auf Invalidenversicherungsleistungen (AB 12/7, 13/4).

3.2.7 Im Dezember 2007 erfolgte die IV-Anmeldung (AB 1) und im daraufhin eingeholten Bericht vom 28. Januar 2008 (AB 17) hielt Dr. med. L. _____ gegenüber der Beschwerdegegnerin die folgenden Diagnosen fest:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängig-vermeidenden Zügen
- Rezidivierende ängstlich-depressive Dekompensationen mit Suizidgedanken
- Ausgeprägte Schlafstörung

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule (kann mit Hilfsmitteln kompensiert werden)

Er erklärte, in einer frei wählbaren Arbeitsposition (auch liegend) und in stressarmer sowie sicherer Anstellung sei ein Arbeitspensum von zirka 40 % möglich. Allerdings könnten längere Sitzungen nicht absolviert werden und führten stressassoziierte Arbeiten immer wieder zu Ausfällen. Prognostisch sollte mit Hilfsmitteln eine Arbeitsfähigkeit zwischen 40 % und 50 % möglich werden.

3.2.8 Der Hausarzt vermerkte im Bericht vom 13. Februar 2008 (AB 11/1-7) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzleiden sowie eine chronische Müdigkeit/Insomnie. Unter Beilage diverser Konsiliarberichte (AB 11/8-51) gab er an, die klinische Untersuchung zeige eine reproduzierbare konstante Druckschmerzhaftigkeit im lumbosakralen Übergang rechtsbetont und über dem Sitzbeinhöcker rechts; neurologische Ausfälle bestünden aktuell jedoch nicht. Er attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 70 % für eine Verweisungstätigkeit entsprechend dem von Dr. med. L. _____ formulierten Zumutbarkeitsprofil.

3.2.9 In seiner Stellungnahme vom 14. April 2008 (AB 21) hielt der RAD-Arzt Dr. med. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gestützt auf die Aktenlage in diagnostischer Hinsicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie einen Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) fest, wobei er von einer schweren Milieuschädigung mit konsekutiver neurotischer Persönlichkeitsfehrentwicklung ausging. Er mass der psychischen Störung Krankheitswert zu und qualifizierte sie aufgrund der langen Dauer als invalidisierend. Er bescheinigte eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % für die bisherige sowie jede andere durch «Hilfsmittel» (im untechnischen, weiteren Sinn) adaptierte Tätigkeit und erachtete zusätzliche medizinische Abklärungen für nicht erforderlich; der Sachverhalt sei klar und die Zumutbarkeit medizinisch-theoretisch festgelegt.

3.3 Die Rentenverfügung vom 11. November 2008 (AB 33) basiert einerseits auf der Einschätzung von Dr. med. N. _____ (AB 21) und andererseits auf einer «Arbeitsplatzabklärung» (AB 22, 24), wobei entsprechend

dem damals faktisch geleisteten Arbeitspensum und der geplanten Änderung des Beschäftigungsgrades von einer zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von 20 % ausgegangen wurde (zwar fehlt in den amtlichen Akten der Begründungsteil der IV-Stelle [die Verfügung soll aus fünf Seiten bestehen, umfasst aber – ohne Deckblatt – lediglich drei Seiten], die betreffenden Erwägungen finden sich jedoch im Vorbescheid [AB 28], gegen den kein Einwand erhoben worden war, womit davon ausgegangen werden kann, die Verfügung habe dem Vorbescheid entsprochen).

3.4 Der weitere medizinische Verlauf nach dieser Rentenverfügung präsentierte sich nach der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.4.1 Im Rahmen der ordentlichen Rentenrevision beschrieb Dr. med. L._____ den Gesundheitszustand am 22. Mai 2011 als stationär. Bei stressarmen Bedingungen und der Möglichkeit beim Arbeiten zu liegen sei die bisherige Arbeit mit einem Pensum von 20 % zumutbar, wobei eine Steigerung auf 40 % bis 50 % weiterhin anzustreben sei (AB 46). Dieselbe Einschätzung gab der Psychiater anlässlich des weiteren Revisionsverfahrens im Verlaufsbericht vom 4. November 2013 (AB 51) ab, wobei er angab, eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit scheinend zunehmend unrealistisch.

3.4.2 Dr. med. G._____ berichtete am 7. November 2013 ebenfalls über einen stationären Gesundheitszustand, erwähnte als neuen medizinischen Befund unter Beilage zweier Berichte von Dr. med. O._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH (AB 52/4-6 [= AB 60/2-4]), jedoch einen Tinnitus. Er erachtete ein auf mehrere Tage verteiltes Arbeitspensum von 20 % als möglich (AB 52/1-3).

3.4.3 In seiner Stellungnahme vom 15. November 2013 (AB 54) vertrat der RAD-Arzt Dr. med. N._____ die Auffassung, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer unveränderten medizinischen Situation auszugehen sei.

3.4.4 Im seitens der Beschwerdegegnerin daraufhin eingeholten Gutachten der P._____ (Medizinische Abklärungsstelle der Invalidenversicherung [MEDAS]) vom 21. Mai 2014 (AB 69.1) wurde als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine soziale Phobie (ICD-10: F40.1) gestellt (AB 69.1/38 Ziff. 2.5.3). Der psychiatrische Gutachter erklärte, die

derzeitige vegetative Instabilität im Rahmen der sozialen Phobie könne allenfalls eine partielle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf aktuell 70 % begründen, eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf 100 % sei unter einer leitliniengerecht psychiatrisch geführten Therapie jedoch spätestens per Ende August 2014 zu erwarten (AB 69.1/40 Ziff. 2.5.4). In der zusammenfassenden Konsensbeurteilung (AB 69.1/41 ff. Ziff. 3) wurde die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemäss psychiatrischem Teilgutachten bestätigt und unter anderem ausgeführt, bereits die anamnestisch zweifelsfrei aufscheinende recht rege Freizeit- und Alltagsaktivität sowie der allenfalls geringgradig beeinträchtigte klinische Gesamteindruck seien mit der bislang attestierten hochgradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht vereinbar. Die bisherige psychiatrische Fehlbewertung habe zu einer negativen, chronifizierenden Bestärkung eines Vermeidungsverhaltens des Versicherten geführt, dessen therapeutische Auflösung eine aktuell noch auf 70 % limitierte Arbeitsfähigkeit bis Ende August 2014 rechtfertige. Die vorangehende Einschätzung durch den RAD-Arzt Dr. med. N._____ beruhe auf unbegründeten Diagnosen, der fehlerhaften Annahme einer klinisch und bildmorphologisch tatsächlich gar nicht vorliegenden spinalen Erkrankung, allenfalls auf spekulativen Erwägungen und anhand des klinischen Befunds nicht nachvollziehbaren weiteren Spekulationen.

3.4.5 Im Rahmen des Einwands gegen den Vorbescheid nahm Dr. med. L._____ am 28. Juli 2014 gegenüber der Beschwerdegegnerin Stellung zum MEDAS-Gutachten und vertrat dabei die Auffassung, dass die Expertise gravierende Fehler und Lücken aufweise (AB 73/4-6).

3.4.6 Auch Dr. med. N._____ hielt in seiner Stellungnahme vom 17. Oktober 2014 (AB 76) dafür, auf das MEDAS-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Darin sei die medizinische Situation bzw. die psychische Störung wie die effektive, arbeitspraktisch überprüfte Leistungsfähigkeit nicht realistisch beurteilt worden. Er erachte die Argumentation des behandelnden Psychiaters als zutreffend und empfehle, auf die Eingabe der Arbeitgeberin (AB 73/7-9) abzustellen, wonach ein maximales zeitliches Pensum von 30 % bis 40 % mit minimiertem Zeitdruck für terminierte Arbeiten zumutbar sei.

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

3.6 Das polydisziplinäre (internistische, neurologische, neurochirurgische, rheumatologische und psychiatrische) MEDAS-Gutachten vom 21. Mai 2014 (AB 69.1) erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.5 hievor) und bringt damit vollen Beweis. Die Expertise ist einlässlich und nachvollziehbar begründet. Von sämtlichen beteiligten Experten wurde eine eigenständige Befunderhebung durchgeführt, die ein konsistentes Bild ergibt. Die von den Gutachtern gestützt auf die vollständige Anamnese sowie die klinischen Explorationen gezogenen Schlussfolgerungen überzeugen.

Nicht gefolgt werden kann den Gutachtern einzig insoweit, als sie in ihrer Beurteilung selbst in gewissem Sinne von einer unterschiedlichen Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ausgehen. Zwar bestehen tatsächlich einige Anzeichen hierfür, mit dem massgebenden Beweisgrad lässt sich dies jedoch nicht (mehr) erstellen (vgl. auch E. 4 hienach). So haben denn auch die Gutachter selbst festgehalten, die attestierte Arbeitsfähigkeit gelte an sich grundsätzlich auch retrospektiv, eine

nähere quantifizierende und zeitliche Eingrenzung sei mangels eigener Vorbefunde und ausreichend detaillierter Vorberichte aber nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit möglich (AB 69.1/44 Ziff. 4/6). Vielmehr ergibt die Prüfung der medizinischen Akten eine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes.

3.6.1 Was vorab die somatische Situation anbelangt, ist aus dem Vergleich der gutachterlichen Befunde mit jenen aus den früheren ärztlichen Berichten ersichtlich, dass die Symptome nach wie vor nicht im geklagten Umfang auf eine somatische Grundlage zurückzuführen sind. Das MRI der Lendenwirbelsäule vom 14. März 2014 zeigte – wie bereits die früheren bildgebenden Untersuchungen durch Dr. med. D. _____ (AB 11/49, 11/40-42) – zwar insbesondere eine Diskushernie auf Stufe L4/5 mit Tangieren der L5-Wurzel, eine relevante Neurokompression oder eine Nervenläsion ergab sich jedoch nicht (AB 69.1/21 Ziff. 2.2.3, 69.1/24 Ziff. 2.3.4, 69.2). Auch aus der neu als Verdachtsdiagnose in Betracht gezogenen leichtgradigen Enthesiopathie des äusseren Hüftlochmuskels (AB 69.1/30 Ziff. 2.4.3) ergeben sich keine namhaften Einschränkungen (AB 69.1/31 Ziff. 2.4.4). Dasselbe gilt im Übrigen für den im März 2013 zwischenzeitlich aufgetretenen Tinnitus (AB 52/4; zur Frage der Organizität dieses Symptoms: vgl. 138 V 248 E. 5.10 S. 257), zumal der Beschwerdeführer zwar als Akustiker arbeitet, dabei aber nicht auf sein Gehör angewiesen, sondern hauptsächlich mit dem Erarbeiten von Grundlagenberichten beschäftigt ist (AB 22/1).

Hingegen sind die Befunde im psychiatrischen Bereich nicht mehr vergleichbar. Nachdem im Rahmen der Rentenzusprache von verschiedenen Ärzten unter Darlegung eines massiv eingeschränkten Funktionsniveaus und dem (umfassenden) Schmerzerleben eine erhebliche Beeinträchtigung attestiert worden war (AB 12/15, 15/18, 15/36, 17/3), präsentierte sich die Situation anlässlich der MEDAS-Begutachtung verbessert. Der Beschwerdeführer war weitgehend entspannt und nicht schmerzgequält wirkend, ohne Schonsitz, -haltung und -gang, frei beweglich und mobil (AB 69.1/41 Ziff. 2.5.4). Eine namhafte Depressivität bestand nicht (mehr) und es ergaben sich auch keine Anhaltspunkte für Suizidgedanken oder -pläne (AB 69.1/37 f. 2.5.2, 69.1/40 Ziff. 2.5.4). Bezüglich der subjektiven Be-

schwerden im Bereich des Beckens und lumbal erreichte der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben sogar eine Beschwerdefreiheit (AB 69.1/25 Ziff. 2.4.1). Dieses Bild einer im Verlauf eingetretenen Beschwerdeverbesserung korreliert letztlich auch insoweit mit den Feststellungen von Dr. med. N._____ und der Arbeitgeberin, als beide davon ausgingen, dem Beschwerdeführer sei nun ein höheres als das früher von der Arbeitgeberin für maximal zumutbar erklärte effektiv ausgeübte und als Basis für die Berentung herangezogene Arbeitspensum von 20 % möglich (AB 73/9, 76/4). Die Arbeitgeberin hatte zudem bereits im Oktober 2009 den Eindruck, dass der Beschwerdeführer sich stärker und gesünder fühle als noch zuvor (AB 73/8).

3.6.2 Die Diagnose der sozialen Phobie (ICD-10: F40.1) wie auch die Beurteilung der Gutachter, dass die Störung keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit bzw. Leistungseinschränkung begründet, leuchtet ein, auch – und insbesondere – vor dem Hintergrund der klinisch-diagnostischen Leitlinien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 193 f.). Die Störung hat beim Beschwerdeführer keine besonders schwere Ausprägung (mehr). Vielmehr bestehen erhebliche Ressourcen: So nimmt er offensichtlich hauptsächlich (noch) im engeren Familienkreis eine passive Rolle ein; hingegen beschreibt er sich als sozial gut eingebunden, lädt gerne Freunde ein, pflegt in der Freizeit nach wie ausgiebig Bewegungshobbies (Fahrradfahren, Spazierengehen, Wandern, Nordic Walking) und führt ein Fahrzeug (AB 69.1/13 Ziff. 2.1.1, 69.1/17 f. Ziff. 2.2.1, 69.1/22 Ziff. 2.2.5, 69.1/31 Ziff. 2.4.4, 69.1/35 Ziff. 2.5.1.7). Er ist zudem in der Lage seinen Tagesablauf zu gestalten, seine Arbeit gewissenhaft und korrekt auszuführen und sich auch auf Selbstbeobachtung, Achtsamkeitsübungen und Beweglichkeitsmeditation einzulassen (AB 69.1/10 Ziff. 2.1.1, 69.1/13 Ziff. 2.1.1, 69.1/18 Ziff. 2.1.1, 69.1/25 Ziff. 2.4.1, 69.1/35 Ziff. 2.5.1.7, 73/7-9). Dies deckt sich auch mit den diagnostischen Leitlinien, wonach sich soziale Phobien auf einzelne Lebensbereiche beschränken können (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O.). Die mobilisierbaren Ressourcen belegen ohne weiteres, dass die Gutachter die verbliebene Störung zu Recht als durch hinreichende Therapie behandelbar erklärten. Dass der Beschwerdeführer von Kolleginnen und Kollegen

im Büro für sehr sensibel gehalten wird (AB 69.1/36 Ziff. 2.5.1), bedeutet nicht, dass hierdurch bei hinreichender Therapie und eigener Anstrengung die Arbeitsfähigkeit massgeblich eingeschränkt bliebe. Die Gutachter haben damit in einer nachvollziehbaren und vollumfänglich überzeugenden medizinischen Beurteilung dargelegt, dass sich die früher festgestellte psychische Störung gebessert hat und der heute noch zu diagnostizierenden Störung der sozialen Phobie in ihrer vorhandenen Ausprägung, unter Berücksichtigung der Ressourcen des Beschwerdeführers, kein invalidenversicherungsrechtlich massgeblicher Krankheitswert zukommt.

3.6.3 Der im Rahmen des Vorbescheidverfahrens seitens des Beschwerdeführers aufgelegte Bericht des behandelnden Psychiaters vom 28. Juli 2014 (AB 73/4-6) ist nicht geeignet, die Beweiskraft des Administrativgutachtens zu erschüttern, benannte Dr. med. L. _____ doch keine wichtigen – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringenden – Aspekte, die im Rahmen der MEDAS-Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Auch wenn er dem MEDAS-Gutachten widersprach, so anerkannte er zunächst selbst eine Verbesserung im Bereich der früher diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Er stellte diese Diagnose nicht mehr und erklärte unter anderem, die chronischen Schmerzen seien schliesslich nicht mehr im Vordergrund gestanden; zudem sei es dem Beschwerdeführer gelungen, stabiler zu werden. Wenn Dr. med. L. _____ eine PTBS (ICD-10: F43.1) diagnostiziert und zur vorher voll ausgebildeten kombinierten Persönlichkeitsstörung diagnostisch «Teilbereiche einer kombinierten Persönlichkeitsstörung» als erfüllt betrachtet, so überzeugt dies nicht. Eine PTBS wurde von ihm zwar bereits im Bericht vom 28. Januar 2008 (AB 17) erwähnt, bildete aber nicht Basis der Rentenzusprache; entgegen der Annahme des Beschwerdeführers (A 73/1) ging der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 14. April 2008 (AB 21/3-6) nämlich nicht von dieser Diagnose aus. Des Weiteren fehlt es für eine PTBS an einem initialen Ereignis und den hierfür notwendigen Störungsbildern. Die PTBS setzt ein belastendes Ereignis oder eine Situation von aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses voraus, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören beispielsweise eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampf-

handlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 207). Wohl führte der Psychiater in seinem Bericht «entscheidende Definitionskriterien» für eine PTBS auf (AB 73/5), er unterliess es aber seine diagnostische Einschätzung zu begründen; er legte nicht im Ansatz anhand objektivierter Befunde dar, dass – und weshalb – er die Diagnosekriterien vorliegend als erfüllt betrachtet. Weder aus dem umfassenden pluridisziplinären MEDAS-Gutachten (AB 69.1) noch aus den übrigen Akten ergeben sich denn auch Anzeichen für eine PTBS. Dr. med. L. _____ soll nach Angabe des Beschwerdeführers vermuten, dass dieser als Säugling durch den Brutkastenaufenthalt ein Trauma erlitten habe, was ihn bis heute präge und die Symptomatik erkläre (AB 69.1/33 Ziff. 2.5.1.3). Der Psychiater selbst erwähnte in früheren Berichten häusliche Gewalt (AB 17/3 Ziff. 3), was sich mit der Anamneseerhebung im Rahmen der Begutachtung deckt (AB 69.1/13 Ziff. 2.1.1). Ein Aufenthalt im Inkubator als Säugling führt mangels eines bewussten Erinnerungsvermögens jedoch kaum zu den typischen «flashbacks» und dadurch, dass das Verhältnis zum Vater konfliktbehaftet war und der Beschwerdeführer allenfalls gewisse Übergriffe in der Kindheit bzw. Adoleszenz erlitt (insbesondere Schläge mit dem Gürtel), wurde er – auch wenn ein solches Verhalten des Vaters zweifellos unzulässig war – grundsätzlich nicht Opfer einer schweren Gewalthandlung im Sinne der diagnostischen Kriterien (vgl. Entscheid des BGer vom 15. November 2012, 9C_671/2012, E. 4.2 f.); zudem entwickelt sich die PTBS in der Regel mit einer Latenz von in der Regel höchstens sechs Monaten (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 207 f.), was vorliegend offensichtlich nicht zutraf. Auf die vom behandelnden Dr. med. L. _____ angenommene psychische Störung kann – weil die klassifikatorischen Vorgaben nicht erfüllt sind (vgl. betreffend anhaltende somatoforme Schmerzstörung: BGer 9C_492/2014 E. 2.1.1 [zur Publikation vorgesehen]) und der psychiatrische MEDAS-Gutachter die PTBS mit begründeten Argumenten ausschloss (AB 69.1/39 Ziff. 2.5.4) – somit nicht abgestellt werden.

3.6.4 Auch die Stellungnahme von Dr. med. N. _____ vom 17. Oktober 2014 (AB 76) ist nicht geeignet, Zweifel am Beweiswert des schlüssigen MEDAS-Gutachtens (AB 69.1) zu begründen. Zum einen handelt es sich

nicht um einen RAD-Untersuchungsbericht, der den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügt (vgl. SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2), explorierte der RAD-Arzt den Beschwerdeführer doch nie persönlich. Zum anderen erweist sich seine Auffassung, wonach in Bezug auf das MEDAS-Gutachten eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts vorliegen soll (AB 76/3), als unzutreffend. Wie bereits dargelegt (vgl. E. 3.6.1 hievor) überzeugt die MEDAS-Expertise und haben die Gutachter im Ergebnis eine eingetretene Veränderung festgestellt. Selbst Dr. med. L. _____ – auch wenn er schliesslich davon ausging, dass sein Patient nach wie vor kaum arbeitsfähig sei – nahm letztlich einen veränderten Gesundheitszustand an (vgl. E. 3.6.3 hievor). Wenn sich Dr. med. N. _____ der Ansicht von Dr. med. L. _____ anschliesst und damit seine frühere Beurteilung bestätigt sehen will, so verkennt er, dass der behandelnde Arzt durchaus von einer entsprechenden Sachverhaltsentwicklung und lediglich in der Schlussbeurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von einem weiterhin massiv eingeschränkten Patienten ausging. Der RAD-Arzt stellte trotz schlüssig erhobenen gutachterlichen Befunden ohne eigene Untersuchung und ohne kritische Prüfung im Rahmen seiner Aktenbeurteilung hauptsächlich auf die subjektive Darstellung des Beschwerdeführers ab, der eine stationäre Situation beschrieb. Die Einschätzung von Dr. med. N. _____ ist schliesslich auch insoweit inkonsistent, als er in seinem früheren Bericht vom 14. April 2008 (AB 21) medizinisch-theoretisch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatte, sich nun aber einerseits der Beurteilung des behandelnden Arztes anschliesst, der eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit postuliert (AB 46/1 Ziff. 5), andererseits aber auch den Arbeitgeberbericht vom 1. September 2014 (AB 73/7-9) für korrekt hält, in dem eine 30-40%ige Arbeitsfähigkeit für möglich gehalten wird. Letztlich ging der RAD-Arzt denn auch selbst davon aus, dass jedenfalls eine höhere Arbeitsfähigkeit bestehe als jene, die im Rahmen der Berentung angenommen wurde.

3.7 Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass aufgrund der insgesamt kohärenten und widerspruchsfreien Beurteilung der MEDAS-Gutachter zwischen dem Referenzzeitpunkt vom 11. November 2008 (AB 33) und der hier angefochtenen Verfügung vom 29. Oktober 2014 (AB 77) nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) eine wesentliche Gesundheitsverbesserung einge-

treten und der Rentenanspruch demzufolge ohne Bindung an die frühere Invaliditätsschätzung frei zu prüfen ist (vgl. E. 2.5.2 hievor). Auszugehen ist dabei von einer medizinisch-theoretisch uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit spätestens ab 1. September 2014. Es fehlt damit von vornherein an einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Invalidität. Damit erübrigen sich auch Weiterungen in Bezug auf die anwendbare Bemessungsmethode (Statusfrage; vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. IV Ziff. 1 lit. a; Beschwerdeantwort S. 4 lit. C lit. b Ziff. 10; Replik S. 1 ad Ziff. 10). Die Aufhebung der laufenden ganzen Invalidenrente per Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monat (vgl. Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV) ist damit im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die gegen die Verfügung vom 29. Oktober 2014 (AB 77) erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

4. Bei dieser Ausgangslage kann offen bleiben, ob – wie von der Beschwerdegegnerin angenommen – in Bezug auf die Rentenverfügung vom 11. November 2008 (AB 33) ein Wiedererwägungsgrund im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG vorliegt (vgl. E. 2.6 hievor). Immerhin ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass für die Ermittlung des Invaliditätsgrades damals das faktisch präsentierte Leistungsvermögen des Beschwerdeführers von 20 % herangezogen wurde. Auf die davon abweichende Einschätzung des RAD-Arztes, der lediglich eine Aktenbeurteilung vorgenommen hatte, sich unter anderem auf eine blossе Verdachtsdiagnose stützte und hinsichtlich der prognostischen Leistungsminderung vage blieb (AB 21), wurde nicht abgestellt. Tatsächlich wurde in Missachtung der – mittlerweile durch BGer 9C_492/2014 modifizierten – Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 352 (sog. Überwindbarkeits-, Schmerzstörungen- oder Zumutbarkeitspraxis) die eingehende Prüfung der einzelnen Morbiditätskriterien sowohl vom RAD-Arzt als auch von der rechtsanwendenden Verwaltung (zur diesbezüglichen Aufgabenteilung nach der damals geltenden Praxis: vgl. SVR 2011 IV Nr. 57 S. 171 E. 4.2.2) unterlassen und trotz der Überwindbarkeitsvermutung von der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auf eine Invalidität geschlossen. Wenn die Beschwerdegegnerin vor diesem Hintergrund die ursprüngliche Rentenverfü-

gung zunächst für zweifellos unrichtig erachtete, so ist dies auf jeden Fall nicht von vornherein abwegig. Angesichts aller früheren Berichte und der damaligen klinischen Erhebungen mit im Ergebnis massiven Einschränkungen liegt im Vergleich zur heutigen Situation jedoch – wie dargelegt (vgl. E. 3.6 hievor) – nicht eine zweifellose Unrichtigkeit vor, sondern ist vielmehr eine seit der Rentenzusprache eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustandes erstellt.

5.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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