

200 14 1227 IV
SCJ/SAW/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. Januar 2016

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Winiger

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. November 2014



Sachverhalt:

A.

Mit Verfügung vom 2. August 2001 (Akten der Invalidenversicherung [IV; act. II] 23 S. 2) sprach die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) dem 1967 geborenen A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) rückwirkend ab Mai 1998 bei einem Invaliditätsgrad von 57% eine halbe IV-Rente zu. Dabei stützte sie sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Expertise vom 11. Juli 2000 des Zentrums für Medizinische Begutachtung C._____ (nachfolgend MEDAS-Gutachten C._____; act. II 11).

Im Februar 2005 stellte der Versicherte ein Revisionsgesuch und machte geltend, sein Gesundheitszustand habe sich nach einem Auffahrunfall am 21. Februar 2004 verschlechtert (act. II 28 f.; 51 S. 3). Nachdem die IVB medizinische Erhebungen durchgeführt hatte (act. II 37 S. 9; 38; 41), wies sie mit Verfügung vom 12. Januar 2006 (act. II 42) das Revisionsgesuch ab. Zur Begründung legte sie dar, aus medizinischer Sicht lägen keine neuen Gesichtspunkte vor, die eine Erhöhung des Invaliditätsgrades erlauben würden. Diese Verfügung wurde in der Folge mit Einspracheentscheid vom 28. Dezember 2006 (act. II 47) bestätigt. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 48 S. 3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern (VGE) mit Urteil vom 3. März 2008, IV 67698 (act. II 53), ab.

Eine im Oktober 2008 eingeleitete Revision von Amtes wegen (act. II 55) ergab, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit Erlass der Verfügung vom 12. Januar 2006 nicht objektiv und wesentlich verändert hatte (vgl. Verfügung vom 23. Juni 2009, act. II 63).

B.

Im Rahmen eines im August 2012 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens gab der Versicherte erneut an, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (act. II 67 S. 2). In der Folge holte die IVB bei den

behandelnden Ärzten Dres. med. D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, aktuelle Berichte (act. II 68; 72) ein und liess den Versicherten insbesondere polydisziplinär begutachten (vgl. Gutachten vom 25. November 2013 der MEDAS F._____. Gestützt auf die Ergebnisse der getätigten Erhebungen und eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (RAD) vom 13. Januar 2014 (act. II 86 S. 3) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 25. Juli 2014 (act. II 88) bei einem Invaliditätsgrad von 17% die Aufhebung der Rente in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und erhob Einwand (act. II 89; 93). Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme des RAD vom 22. September 2014 (act. II 98) verfügte die IVB am 27. November 2014 (act. II 99) wie im Vorbescheid angekündigt und hob die Rente mit dem ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung auf.

C.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 22. Dezember 2014 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 27. November 2014 sei kostenfällig aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, eine ganze Rente, seit wann rechters, auszurichten. Ferner sei der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zuzuerkennen.

Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 3. Februar 2015 verzichtete die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Aufhebung der Rente auf eine Stellungnahme. Zum Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung führte sie aus, gestützt auf die Akten sei vorliegend von einem Obsiegen des Versicherten in der Sache selbst nicht auszugehen, weshalb die aufschiebende Wirkung zu Recht entzogen worden sei.

Mit prozessleitender Verfügung vom 16. Februar 2015 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab. Ferner gab er der Beschwerdegegnerin Gelegenheit, zur Frage Stellung zu nehmen, ob der Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom

19. Juni 1959 (IVG; SR 831.20) mit Weiterausrichtung der Rente während längstens zwei Jahren (vgl. lit. a Abs. 2 und 3 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [SchlBest. IV 6/1]; in Kraft seit 1. Januar 2012) geprüft worden sei.

Mit Eingabe vom 9. März 2015 reichte die Beschwerdegegnerin eine entsprechende Stellungnahme ein. Der Beschwerdeführer äusserte sich mit Schreiben vom 25. März 2015 dazu.

Am 25. Juni 2015 teilte der Instruktionsrichter den Parteien mit, die bisherige Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (BGE 131 V 49, 130 V 352) sei mit BGE 141 V 281 aufgehoben worden. Er gab ihnen Gelegenheit zu einer fallbezogenen Stellungnahme und zu allfälligen Anpassungen der Rechtsbegehren.

Der Beschwerdeführer hielt mit Eingabe vom 2. Juli 2015 an seinen Ausführungen fest und bestätigte das gestellte Rechtsbegehren.

Die Beschwerdegegnerin teilte in der Stellungnahme vom 13. Juli 2015 mit, das Gutachten der MEDAS F._____ vom 25. November 2013 erlaube keine schlüssige Beurteilung im Lichte der neu massgebenden Indikatoren, weshalb die Verfügung vom 27. November 2014 aufzuheben und die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen zurückzuweisen sei. Auf Ersuchen des Instruktionsrichters (vgl. Schreiben vom 25. August 2015) reichte sie am 14. September 2015 eine Begründung dieser Auffassung ein.

Mit Eingabe vom 17. September 2015 hielt der Beschwerdeführer fest, das MEDAS-Gutachten F._____ sei sorgfältig verfasst worden resp. stehe der Qualität dieser Expertise nichts entgegen. Dem Antrag der Beschwerdegegnerin auf Rückweisung könne nicht beigespflichtet werden.

Am 26. Januar 2016 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 (VRPG; BSG 155.21) statt.

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 GSOG 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 IVG). 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt ist die Verfügung vom 27. November 2014 (act. II 99), mit welcher die laufende halbe IV-Rente mit Wirkung auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats – mithin per Ende Dezember 2014 (vgl. Beschwerde, II Formelles Ziff. 2 S. 2) – aufgehoben worden ist. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und damit insbesondere, ob die Rente gestützt auf die SchlBest. IV 6/1 aufgehoben werden kann. Weiter ist zu prüfen, ob dem mit Fragebogen vom 12. September 2012 (act. II 67) sinngemäss gestellten Gesuch des Beschwerdeführers um Rentenerhöhung entsprochen werden kann, welche frühestens per September 2012 vorgenommen werden könnte (Art. 88^{bis} Abs. 1 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]).

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).

2.1.1 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).

2.1.2 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).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 Ziff. F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führt im Weiteren nur dann zur Feststellung einer

invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine IV-Rente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287).

2.1.3 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht (BGer) die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und

Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

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

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

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).

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 Gemäss lit. a SchIBest. IV 6/1 werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind (Abs. 1). Davon nicht erfasst sind Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (Abs. 4).

2.5.2 Wurde die Rente sowohl für objektivierbare (erklärbare) als auch für unklare Beschwerden zugesprochen, findet lit. a SchIBest. IV 6/1 auf Letztere ebenfalls Anwendung, sofern sie sich von den erklärbaren Beschwerden trennen lassen. Laufende Renten sind von einer Überprüfung unter diesem Rechtstitel nur ausgeschlossen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen (BGE 140 V 197 E. 6.2.3 S. 200). Die unklaren und erklärbaren Beschwerden müssen sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen auseinandergehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsunfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist.

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin hob die laufende halbe IV-Rente gestützt auf lit. a SchIBest. IV 6/1 auf und legte zur Begründung dar, der Beschwerdeführer leide aktuell an einer chronischen Schmerzstörung, welche gemäss der zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage ergangenen Rechtsprechung als überwindbar gelte. Auch die rezidivierende depressive

Störung und die Angst- und Panikstörung wiesen keinen invalidisierenden Charakter auf. Aufgrund der pneumologischen Beschwerden sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar; eine leichte körperliche Arbeit in einer staub- und allergenarmen Umgebung könne hingegen mit voller Leistungsfähigkeit erbracht werden (vgl. Verfügung vom 27. November 2014, act. II 99). Der Beschwerdeführer hält dieser Argumentation entgegen, im vorliegenden Fall handle es sich sowohl um unklare als auch um erklärbare Beschwerden, die keine exakte Abgrenzung erlaubten. Eine Aufhebung der Rente unter dem Titel der SchlBest. IV 6/1 falle daher ausser Betracht (vgl. Beschwerde S. 6 Art. 6).

Umstritten ist, ob die Rentenaufhebung zu Recht erfolgt ist. Dabei stellt sich vorab die Frage, auf welcher Grundlage die Rente ursprünglich zugesprochen worden ist.

3.2 In medizinischer Hinsicht gründete die Rentenverfügung vom 2. August 2001 (act. II 23 S. 2) auf dem Gutachten der MEDAS C. _____ vom 11. Juli 2000 (act. II 11). Darin diagnostizierten die Gutachter als Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine somatoforme Schmerzstörung, eine leichte depressive Episode und ein chronisches Thorakolumbalsyndrom (S. 14). Im Vordergrund der gesamten Symptomatik stehe eine psychosomatische Entwicklung; der Explorand zeige einen typischen Symptomenkomplex, der in seiner Charakteristik und Ausprägung keinen Zweifel an dieser Diagnose lasse. Rein somatisch gesehen wäre der Versicherte in jeder mittelschweren und leichten körperlichen Tätigkeit unter Ausschluss von Staub- und Luftnoxen zu 100% arbeitsfähig. Hier interferiere die psychosomatische Krankheit, die als mit Krankheitswert taxiert werden müsse, so dass rein medizinisch eine Restarbeitsfähigkeit von 50% resultiere. Sie schlagen vor, im Rahmen eines beruflichen Abklärungsaufenthalts zu prüfen, ob nicht mindestens eine teilweise Wiedereingliederung möglich wäre. In diesem Zusammenhang sei ein ganztägiger Aufenthalt mit einem um 50% reduzierten Rendement zumutbar (S. 15 Ziff. 6).

3.3 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers liegt kein „Mischsachverhalt“ (vgl. Entscheide des BGer vom 3. September 2014, 9C_121/2014, E. 2.6, und vom 29. September 2015, 9C_93/2015, E. 4) vor, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil organisch

bedingter Beschwerden bei der Rentenzusprechung war. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die mit Verfügung vom 2. August 2001 (act. II 23 S. 2) erfolgte Zusprechung der halben IV-Rente ab Mai 1998 im Wesentlichen auf der Grundlage der im Gutachten vom 11. Juli 2000 der MEDAS C._____ (act. II 11) beschriebenen psychosomatischen Entwicklung mit somatoformer Schmerzstörung beruhte, die damals eindeutig im Vordergrund stand. Dies umso mehr, als der Beschwerdeführer gemäss der Auffassung der Gutachter aus somatischer Sicht in jeder mittelschweren und leichten körperlichen Tätigkeit unter Ausschluss von Staub- und Luftnoxe zu 100% arbeitsfähig gewesen wäre (act. II 11 S. 15 Ziff. 6).

Im Weiteren ist festzustellen, dass das im Februar 2005 gestellte Gesuch um Rentenerhöhung (act. II 28) aufgrund einer in somatischer und psychischer Hinsicht unveränderten gesundheitlichen Situation mit Verfügung vom 12. Januar 2006 (act. II 42) abgewiesen und sowohl mit Einspracheentscheid vom 28. Dezember 2006 (act. II 47) als auch mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 3. März 2008, IV 67698 (act. II 53), bestätigt wurde. Damit stand auch in diesem Zeitpunkt die Schmerzkrankeheit im Vordergrund. Eine organische Gesundheitsschädigung, welche Einfluss auf die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit gehabt resp. selbstständig zur Begründung eines Rentenanspruchs beigetragen hätte (vgl. SVR 2014 IV Nr. 39 S. 138 E. 2.6), lag demnach auch damals nicht vor.

Nichts anderes ergab sich aus der von Amtes wegen eingeleiteten Revision im Jahre 2008 (act. II 55). So wurde in der Verfügung vom 23. Juni 2009 (act. II 63) die halbe IV-Rente ebenfalls gestützt auf einen nicht objektiv und wesentlich veränderten Gesundheitszustand bestätigt.

3.4 Damit ist erstellt, dass die Zusprechung wie auch die Bestätigungen der halben IV-Rente ausschliesslich auf der Grundlage eines unklaren Beschwerdebildes im Sinne von lit. a Abs. 1 SchlBest. IV 6/1 erfolgt sind. Im Weiteren sind die Ausschlusskriterien gemäss lit. a Abs. 4 SchlBest. IV 6/1 nicht gegeben, was im Übrigen vom Beschwerdeführer zu Recht auch nicht bestritten wird (vgl. Beschwerde S. 8 Art. 8). So war er im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung am 1. Januar 2012 weder 55 Jahre alt noch lag ein mehr als 15-jähriger Rentenbezug vor (vgl. E. 2.5.1 hiervor; der Be-

ginn des Rentenanspruchs erfolgte per 1. Mai 1998 [act. II 23 S. 2] und die Überprüfung wurde mit Zustellung des Revisionsfragebogens im August 2012 [act. II 67] eingeleitet [vgl. BGE 139 V 442]). Dass der Beschwerdeführer bei der Rentenrevision seit 15 Jahren aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden war, ist in diesem Zusammenhang – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – unerheblich (vgl. Beschwerde S. 8 Art. 8).

Somit kann die laufende halbe IV-Rente unter dem Titel der Schlussbestimmungen auch ohne Vorliegen eines Revisionsgrundes frei überprüft werden.

4.

4.1 Der angefochtenen Verfügung vom 27. November 2014 (act. II 99) liegen im Wesentlichen folgende medizinische Berichte zugrunde:

4.1.1 Die Psychiaterin Dr. med. D. _____ diagnostizierte im Bericht vom 31. Oktober 2005 (act. II 38) eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Seit Mai 1997 attestierte sie eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1) und gab an, es seien weder die bisherige noch andere Tätigkeiten zumutbar (S. 2 Ziff. 3 f.). Ferner sei es nach der Begutachtung der MEDAS C. _____ vom 11. Juli 2000 zu keiner nennenswerten Veränderung des psychischen Zustandes gekommen (S. 3 Ziff. 3).

4.1.2 Am 4. September 2005 diagnostizierte der Internist Dr. med. E. _____ im Verlaufsbericht (act. II 37 S. 9) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine somatoforme vegetative Störung (ICD-10 F45.9) sowie eine unklare Dyspnoe und Reizhusten bei Asthma (Differenzialdiagnose [DD] zur ersten Diagnose; S. 9). Weiter attestierte er dem Versicherten weder in der angestammten noch in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit und hielt fest, dieser ziehe sich mehr und mehr zurück (S. 11). Die Prognose erachtete er als unverändert und ergänzte, aus Sicht der Schulmedizin sei der Versicherte „austherapiert“ ohne Besserung des Zustandes (S. 13).

4.1.3 Im Zwischenbericht vom 18. Dezember 2008 (act. II 59) gab Dr. med. D. _____ an, der Gesundheitszustand sei stationär und sie attestierte ab dem Jahre 2006 bis auf weiteres eine 60%-ige Arbeitsfähigkeit.

4.1.4 Dr. med. E. _____ teilte im Bericht vom 26. November 2009 (act. II 64 S. 2) mit, es liege ein stationärer Gesundheitszustand vor, wobei die Dyspnoe und Kurzatmigkeit bei kleinen Anstrengungen zugenommen hätten. Ab Mai 1998 bis auf weiteres attestierte er eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit.

4.1.5 Im Verlaufsbericht vom 6. November 2012 (act. II 68) berichtete Dr. med. D. _____, das psychische Zustandsbild habe sich nicht verändert, aktuell bestehe eine depressive Symptomatik (S. 2).

4.1.6 Dr. med. E. _____ gab im Bericht vom 19. Januar 2013 (act. II 72) an, der Gesundheitszustand sei stationär, wobei neu auch eine schwer einstellbare Hypertonie mit Exazerbationen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (S. 1 Ziff. 1 f.). Es bestehe ab Mai 1998 eine vollständige Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 5).

4.1.7 Das MEDAS-Gutachten F. _____ vom 25. November 2013 (act. II 84.1) basiert auf einer internistischen Untersuchung sowie auf den Fachgutachten in den Bereichen Rheumatologie, Psychiatrie und Pneumologie. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 33 Ziff. 4):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, chronifiziertes Zustandsbild, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), bestehend seit mehr als 15 Jahren
- Angst- und Panikstörung (ICD-10 F41.0), bestehend seit mehr als 15 Jahren
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), klinisch/rheumatologisch sich manifestierend als chronifiziertes panvertebrales Schmerzsyndrom, sich entwickelnd in den letzten zehn bis 15 Jahren, mit/bei Fehlhaltung/Dekonditionierung und Symptomausweitung

- Chronische Bronchitis, aktuell lungenfunktionell leichte bis mittelstarke obstruktive Ventilationsstörung, Nachweis einer bronchialen Hyperreagibilität im Methacholinprovokationstest als mögliche asthmatische Komponente, DD: bronchiale Hyperreagibilität als Folge des Rauchens

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Benzodiazepinabhängigkeit, iatrogen, low-dose (ICD-10 F13.80)
- Anamnestisch grenzwertiges, obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, keine CPAP-Indikation
- Arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt
- Adipositas mit BMI von 32.9
- Nikotinabusus

Aus rein internistischer Sicht konnten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Um spätere Sekundärfolgen zu vermeiden, wurde dem Explorand eine Reduktion des Übergewichts empfohlen (act. II 84.1 S. 38).

Rheumatologisch beurteilt entsprechen die heutigen Beschwerden beim Exploranden einem chronischen panvertebralen unspezifischen Schmerzsyndrom mit Fehlhaltung und Dekonditionierung. Aufgrund des fehlenden Ansprechens auf Therapien, der schlechten Modulierbarkeit und der ausgedehnten, strukturell nicht erklärbaren Befunde müsse von einer Symptomausweitung ausgegangen werden. Inkonsistenzen hätten sich in der Untersuchung keine ergeben; die Beschwerden seien rein somatisch nicht erklärbar. Aus rheumatologischer Sicht lägen seit der letzten gutachterlichen Beurteilung aus dem Jahre 2000 keine wesentlichen neuen Aspekte vor. Für eine körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit beständen keine Einschränkungen, eine Tätigkeit als ... sei aufgrund der Dekonditionierung nicht zumutbar (vgl. rheumatologisches Teilgutachten vom 22. August 2013, act. II 84.3 S. 4 f.).

Auf pneumologischer Ebene sei beim Versicherten die Diagnose einer chronischen Bronchitis zu stellen. Zudem habe sich lungenfunktionell zurzeit eine leichte bis mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung und eine bronchiale Hyperreagibilität gezeigt. Aus pneumologischer Sicht seien die früher ausgeübten Tätigkeiten als ... oder ... nicht mehr zumutbar, hierfür

bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Hingegen könne der Explorand eine leichte körperliche Arbeit in einer staub- und allergenarmen Umgebung zu 100% ausüben (vgl. pneumologisches Gutachten vom 29. Oktober 2013, act. II 84.4 S. 5 f.).

Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im psychiatrischen Teilgutachten vom 27. August 2013 (act. II 84.2) aus, in der Untersuchung sei der Eindruck einer den Untersuchungsverlauf teilweise behindernden depressiven Symptomatik entstanden; der Versicherte sei ratlos und überfordert gewesen und einmalig auch in einen Hyperventilationszustand geraten. Anamnestisch liege seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit ein depressives Zustandsbild in unterschiedlicher Ausprägung vor, wobei sich in den letzten Jahren keine Phasen einer deutlich gebesserten Stimmung hätten erheben lassen. Ferner seien die Kriterien eines somatischen Syndroms aktuell knapp erfüllt. Anhand der klinischen Untersuchung und der Anamnese sei vorliegend somit eine rezidivierende depressive Störung mit aktuell mittelgradiger Ausprägung bei chronifiziertem Zustandsbild mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) zu diagnostizieren. Ein genauer Beginn der aktuell mittelgradigen Ausprägung oder die Abgrenzung anderweitiger Phasen seien nicht im Detail zu erheben (S. 19). Aufgrund des gezeigten Hyperventilationszustands mit deutlicher Angst und dem Hinweis in den Unterlagen, dass die Familienanamnese für den Versicherten eine hohe (psychische) Belastung darstelle, liege zudem eine Angst- und Panikstörung vor. Korrelat der Angst scheine eine tiefe Verunsicherung des Versicherten hinsichtlich der eigenen Gesundheit (im quasi hypochondrischen Sinne) zu sein. Im Weiteren sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) auszugehen. Die Schmerzen verursachten in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen. Der zeitliche Ablauf der Entstehung der Symptomatik erscheine insgesamt unklar, anamnestisch sei jedoch die Schmerzstörung – im Sinne einer Schmerzfehlerverarbeitung resp. Somatisierung – offenbar den beiden obgenannten Problembereichen nachfolgend (S. 20). Der Versicherte erhalte bereits langfristig Benzodiazepine. Insgesamt erschienen die klassischen Kriterien eines Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10 nicht vollumfänglich erfüllt, weshalb die Klassifizierung

als sogenannte Niedrigdosisabhängigkeit bei jahrzehntelangem Konsum erfolgt sei. Zudem sei anzumerken, dass die Abhängigkeit als sekundär und nicht zuletzt auch als iatrogen zu werten sei (S. 21 f.). Zum Therapieverlauf gab Dr. med. G. _____ an, der Versicherte befinde sich seit Beginn seiner Beschwerden auch in psychiatrischer Behandlung; das aktuelle Setting erscheine adäquat. Zudem empfahl er, die verabreichten Benzodiazepine auszuschleichen resp. in einem ersten Schritt auf eine Substanz zu reduzieren und eine Aktivierung sowie eine intensiviertere (verhaltenstherapeutisch) orientierte psychotherapeutische Behandlung vorzunehmen (S. 22 f.). Zur Arbeitsfähigkeit gab Dr. med. G. _____ an, verglichen mit der letzten psychiatrischen Beurteilung sei festzuhalten, dass die diagnostische Einschätzung und die Befunde weitestgehend übereinstimmend ausgefallen seien und eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nicht auszumachen sei. Der Versicherte könne die letzte Tätigkeit als ... auf dem ... nicht mehr ausüben. Eine Arbeit in einer angepassten Verweistätigkeit in einem 50%-igen Pensum (vier Stunden täglich) mit dabei eingeschränkter Leistungsfähigkeit von 50% sei theoretisch möglich. Mit einer wesentlichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei in absehbarer Zeit nicht zu rechnen (S. 23 f. Ziff. 5.1).

Die Gutachter hielten nach durchgeführter Konsensbesprechung fest, die Kombination der somatischen und psychischen Leiden führe dazu, dass dem Explorand die bisherigen Tätigkeiten als ... oder ... ab Mai 1997 definitiv nicht mehr zumutbar seien. Wegen den psychischen Einschränkungen könne der Versicherte eine angepasste Verweistätigkeit nur noch zu vier Stunden pro Tag mit einer zusätzlichen Leistungseinschränkung von 50% ausüben. Dabei müsse es sich um eine angepasste, leichte, wechselbelastende Arbeit handeln. Das Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm, langdauernde Zwangshaltungen des Kopfes oder des Rückens sowie Tätigkeiten in kauender oder kniender Körperstellung sollten vermieden werden. Dieses Zumutbarkeitsprofil gelte ab 1. Januar 2011. In der Zeit ab Mai 1997 bis zum 31. Dezember 2010 habe in einer angepassten Tätigkeit eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 50% vorgelegen (act. II 84.1 S. 40 f. Ziff. 2 f., 7, 11).

4.1.8 In der Stellungnahme vom 13. Januar 2014 (act. II 86 S. 3) teilte der RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit, das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS F._____ sei überwiegend nachvollziehbar und gesamthaft könne er sich der Beurteilung der Gutachter anschliessen. Für den angenommenen Zeitpunkt des Eintretens der höheren Arbeitsunfähigkeit fänden sich jedoch keine entsprechenden, eine Verschlechterung des Gesundheitszustands plausibel nachvollziehbar belegende Behandlungs- oder Befundberichte. Sie dürfte daher überwiegend wahrscheinlich mehr auf den Angaben und Einschätzungen des Versicherten beruhen.

In Bezug auf die relative Unsicherheit der Auswirkungen und potenziellen Nebenwirkungen der zahlreichen, dem Versicherten verordneten Medikamente legte Dr. med. H._____ in der Stellungnahme vom 22. September 2014 (act. II 98) dar, dass weder der möglich erachteten low-dose Abhängigkeit von Benzodiazepin noch den Interaktionen der somatischen Medikation mit der Psychopharmakotherapie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukomme.

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (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).

4.3 In medizinischer Sicht stellte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 27. November 2014 (act. II 99) auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS F. _____ vom 25. November 2013 (act. II 84.1) ab. Ob die beim Beschwerdeführer aktuell vorliegenden gesundheitlichen Beschwerden invalidisierend sind, beurteilt sich nach der neuen Praxis gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.1.3 hiavor). Die bisher geltende Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, ist – entgegen den damaligen Ausführungen in der angefochtenen Verfügung (act. II 99) – nicht mehr anwendbar.

4.3.1 Die Gutachter haben sich in der Expertise vom 25. November 2013 sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf die eigenen Untersuchungen und in Kenntnis der medizinischen Vorakten getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gutachten der MEDAS F. _____ (act. II 84.1) die von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2 hiavor). Die Änderung der Rechtsprechung (BGE 141 V 281) hat nicht automatisch zur Folge, dass dieses Gutachten seinen Beweiswert verliert, sondern es ist zu prüfen, ob damit eine schlüssige Beurteilung im Lichte der neu massgeblichen Indikatoren (vgl. E. 2.1.3 hiavor) möglich ist. Dies ist – wie nachfolgend dargelegt wird (vgl. E. 4.3.2 hiernach) – der Fall, weshalb dem Gutachten volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

Gemäss dem MEDAS-Gutachten F. _____ stehen beim Beschwerdeführer psychische Leiden im Vordergrund. Rheumatologisch, pneumologisch und internistisch konnten keine ins Gewicht fallenden Einschränkungen festgestellt werden (act. II 84.1 S. 40 Ziff. 1 und 3). Der Psychiater Dr.

med. G._____ hat unter Auseinandersetzung mit den früheren Beurteilungen einlässlich und überzeugend dargelegt, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, chronifiziertes Zustandsbild, mit somatischem Syndrom), einer Angst- und Panikstörung sowie an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren leidet (act. II 84.2 S. 17 ff.). Diese Beurteilung ist nicht nur für sich allein nachvollziehbar und schlüssig, sondern sie findet in den vorliegenden medizinischen Akten (act. II 11 S. 12 ff.; 38; 59; 68) auch ihren Rückhalt und lässt sich in das von diesen gezeichnete Gesamtbild ohne weiteres einfügen. Zudem hat sich Dr. med. G._____ betreffend der beklagten Schmerzsymptomatik eingehend mit den klassifikatorischen Voraussetzungen der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 auseinandergesetzt und ausgeführt, als Ausgangspunkt der Schmerzstörung sei ein physiologischer Prozess anzunehmen, der vorliegend angesichts der ausgeübten Tätigkeit des Beschwerdeführers bei anamnestisch bereits vorbestehenden Rückenbeschwerden gegeben sei. Den psychischen Faktoren werde eine wichtige Rolle für den Schweregrad, die Exazerbation und/oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Die Schmerzen verursachten in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (act. II 84.2 S. 20). Damit wurde die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren einleuchtend begründet und dem diagnoseinhärenten Schweregrad genügend Rechnung getragen. Dies umso mehr, als vorliegend nicht wie bei der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.40 ein „andauernder, schwerer und quälender Schmerz“ vorausgesetzt ist.

Auf die im MEDAS-Gutachten F._____ gestellten psychiatrischen Diagnosen kann somit abgestellt werden (act. II 84.1 S. 33).

4.3.2 Weiter ist zu prüfen, ob die diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) zu einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung führt. Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass im vorliegenden Fall

Hinweise auf Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. E. 2.1.2 hiervor) fehlen. Der vom internistischen Gutachter erwähnte Verdacht auf eine leichtgradige Verdeutlichung (vgl. act. II 84.1 S. 29) ändert hieran nichts, weist doch bloss verdeutlichendes Verhalten nicht per se auf Aggravation hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 288).

Hinsichtlich der nunmehr einschlägigen Indikatoren (vgl. E. 2.1.3 hiervor) ist im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.). Was die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome anbelangt, ist festzuhalten, dass der Psychiater Dr. med. G._____ gestützt auf die klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 eine chronische Schmerzstörung diagnostizierte und ausführte, diese Schmerzen verursachten in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen; der Versicherte zeige insgesamt sicherlich ein hohes Mass an somatisierter Symptomatik, was sich in den Unterlagen in den wiederholten Nennungen einer psychosomatischen Ätiologie niederschläge (act. II 84.2 S. 20 f.). Da zudem – wie bereits erwähnt – keine Aggravation oder Simulation erkannt werden konnte (vgl. insbesondere psychiatrisches Teilgutachten, act. II 84.2 S. 13), ist die Ausprägung der bestehenden somatoformen Schmerzstörung als erheblich einzustufen.

Betreffend Behandlungserfolg resp. -resistenz wies Dr. med. G._____ im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 84.2 S. 23) darauf hin, dass beim Beschwerdeführer ein komplexes Zustandsbild mit Komorbiditäten und langfristigem chronischen Verlauf vorliege. Intensivierte Behandlungsmassnahmen hätten – wie die medizinischen Berichte belegten (vgl. act. 37 S. 13 Ziff. 8 f.; 38 S. 3 Ziff. 8) – keine Verbesserung der gesundheitlichen Situation erbracht; der Gesundheitszustand sei langfristig als stationär bezeichnet worden (vgl. act. II 59 S. 1; 64 S. 2; 68 S. 2; 72 S. 1). Es scheine ein in sich verfestigtes Zustandsbild mit Flucht in die Krankenrolle und deutlich eingeschränkter therapeutischer Angehbarkeit vorzuliegen; eine wesentliche Beeinflussung der Symptomatik durch intensivierete medizinische Massnahmen – insbesondere Psychotherapie und Psychopharmakotherapie – zeige sich nicht realistisch. Unter diesen Umständen kann – entgegen

der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. Verfügung vom 27. November 2015, act. II 99 S. 2; Stellungnahme vom 14. September 2015, in den Gerichtsakten S. 2) – nicht beanstandet werden, dass sich der Beschwerdeführer in letzter Zeit keiner stationären Behandlung mehr unterzogen hat und zurzeit die Frequenz und Intensität der ambulanten Behandlung eher bescheiden sind, muss doch mittlerweile von einer verfestigten Schmerzentwicklung ausgegangen werden. Dass Dr. med. G._____ in therapeutischer Hinsicht Optimierungsvorschläge vorbringt, ändert daran nichts, denn insgesamt beurteilte er das aktuelle Setting als „adäquat“ und setzte die Erwartungen an allfällige therapeutische Massnahmen als „deutlich gering“ an (act. II 84.2 S. 22 f.). Hinweise dafür, dass die Behandlung des Beschwerdeführers nicht lege artis oder nicht mit optimaler Kooperation erfolgt ist, finden sich in den Akten im Übrigen nicht. Damit ist davon auszugehen, dass vorliegend die therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft sind.

Als psychische Komorbidität bestehen eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, chronifiziertes Zustandsbild, mit somatischem Syndrom) und eine Angst- und Panikstörung. Dabei gilt zu betonen, dass die psychische Komorbidität nicht mehr – wie nach bisheriger Rechtsprechung – generell vorrangig, sondern lediglich gemäss ihrer konkreten Bedeutung im Einzelfall beachtlich ist, so namentlich als Gradmesser dafür, ob sie der versicherten Person Ressourcen raubt. Erforderlich ist somit eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das Erfordernis einer Gesamtbetrachtung gilt grundsätzlich unabhängig davon, wie es um den Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und der Komorbidität bestellt ist (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.). Die beim Beschwerdeführer diagnostizierte Depression verliert daher gemäss neuer Praxis nicht allein wegen ihrer (allfälligen) medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden jegliche Bedeutung. Vielmehr ist gestützt auf die einlässlichen Ausführungen von Dr. med. G._____, bei welchen er differenziert auf die in diesem Zusammenhang bestehenden Einschränkungen des Beschwerdeführers einging (vgl. act. II 84.2 S. 19 f.), die bestehende psychische Komorbidität in der Gesamtbetrachtung als ressourcenhemmender Faktor anzusehen. Der Auffassung

der Beschwerdegegnerin (vgl. Stellungnahme vom 14. September 2015, in den Gerichtsakten), es sei unklar inwiefern die rezidivierende depressive Störung und die Angst- und Panikstörung dem Beschwerdeführer Ressourcen raubten, kann daher nicht gefolgt werden. Aus somatischer Sicht konnten keine ins Gewicht fallenden Einschränkungen festgestellt werden. Die einzig mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte chronische Bronchitis (act. II 84.1 S. 33) schränkt aus pneumologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit bei einer leichten, körperlichen Arbeit in einer staub- und allergenarmen Umgebung nicht ein (vgl. pneumologisches Teilgutachten vom 29. Oktober 2013, act. II 84.4 S. 6 Ziff. 3c).

Bezüglich des Komplexes „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) legte Dr. med. G. _____ dar, konkrete Anhaltspunkte einer spezifischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F6) ergäben sich beim Versicherten nicht. Es bleibe der Eindruck gewisser persönlichkeitsimmanenter Züge, die jedoch angesichts der (aktiven) bestehenden Grunderkrankungen nicht abschliessend einzuschätzen und demnach nicht diagnostisch zu klassifizieren seien (act. II 84.2 S. 22). Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (vgl. Stellungnahme vom 14. September 2015, in den Gerichtsakten S. 2) kann aus dieser Einschätzung nicht der Schluss gezogen werden, zum Indikator Persönlichkeit könne gar nicht abschliessend Stellung genommen werden. Immerhin finden sich im psychiatrischen Teilgutachten Ausführungen zum psychopathologischen Befund (act. II 84.2 S. 13; z.B. deutlich verlangsamtes formales Denken, eingeschränkte Affektmodulation etc.), aufgrund deren davon auszugehen ist, dass gestützt auf die Persönlichkeit kaum Ressourcen vorliegen, die der Beschwerdeführer mobilisieren könnte.

Zum Komplex „sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer sozial isoliert resp. zurückgezogen lebt und nur einen sehr kleinen Freundes- und Kollegenkreis hat (act. II 37 S. 11; 68 S. 2 Ziff. 12; 84.2 S. 10). Während der Begutachtung bei der MEDAS F. _____ gab er zudem als Hobby an, dass er oft fernsehchaue und gelegentlich für eine halbe Stunde spazieren gehe, allerdings nur mit der Ehefrau oder mit einem Kind zusammen – nie alleine. Ferner reise er einmal im Jahr in die Ferien nach ... (act. II 84.1 S. 23).

Daraus folgt, dass es dem Beschwerdeführer auch diesbezüglich kaum möglich ist, auf Ressourcen zurückzugreifen.

Soweit die Beschwerdegegnerin im Schreiben vom 14. September 2015 (in den Gerichtsakten S. 2) in Bezug auf die Konsistenzprüfung vorbringt, die Aktivitäten, welche der Beschwerdeführer in der Freizeit durchführe, sprächen eher für eine Inkonsistenz zu den geltend gemachten Einschränkungen im Erwerb, ist ihr entgegen zu halten, dass das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 281 E. 4.4.1 S. 303 in fine). Bei einer attestierten Restarbeitsfähigkeit ist somit kein völliger Rückzug in allen Belangen des Lebens zu verlangen, ohne dass die Konsistenz verloren ginge. Vielmehr liegt gemäss Aktenlage eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen vor. So gibt der Beschwerdeführer in Bezug auf seinen Tagesablauf an, nach dem Aufstehen schaue er Fernsehen, lese ein wenig im Teletext, helfe ein wenig im Haushalt und mache mit seiner Frau je nach Befindlichkeit einen Spaziergang (vgl. act. II 84.2. S. 10). Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer seit Jahren bei den Dres. med. D._____ und E._____ in Behandlung ist und somit verschiedene therapeutische Optionen wahrnimmt. Dies weist auf einen tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 281 E. 4.4.2 S. 303).

4.3.3 Nach dem Dargelegten sind die funktionellen Auswirkungen der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung anhand der Standardindikatoren hinreichend schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (vgl. E. 2.1.3 hiavor), was dazu führt, dass ein invalidisierender Gesundheitsschaden erstellt ist.

Im Übrigen zeigt sich aus den Akten, dass sich die Ausprägung der Depression des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache mit Verfügung vom 2. August 2001 (act. II 23 S. 2) offensichtlich verstärkt hat. So wurde im MEDAS-Gutachten C._____ vom 11. Juli 2000 (act. II 11 S. 14) noch eine leichte depressive Episode festgestellt, wogegen Dr. med. D._____ im Bericht vom 31. Oktober 2005 (act. II 38 S. 1) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und Dr. med. G._____ im aktuellen Teilgutachten Psychiatrie vom 27. August 2013 (act. II 84.2 S. 17)

eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, mit einem chronifizierten Zustandsbild (ICD-10 F33.11) diagnostizierten. In Bezug auf die Schmerzstörung legte Dr. med. G. _____ zudem dar, anamnestisch sei diese – im Sinne einer Schmerzfehlerverarbeitung resp. Somatisierung – offenbar der rezidivierenden depressiven Störung sowie der Angst- und Panikstörung nachfolgend; Schmerzen würden innerhalb anderweitiger psychischer Störungsbilder – insbesondere bei depressiven Zuständen oder auch Angsterkrankungen – verstärkt wahrgenommen (act. II 84.2 S. 20). Gestützt darauf ist davon auszugehen, dass im Rahmen der früheren Schmerzstörung nunmehr die rezidivierende depressive Störung im Vordergrund steht. Damit ist fraglich, ob die in psychiatrischer Hinsicht attestierte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (zum Grad der Arbeitsunfähigkeit vgl. E. 4.4 nachfolgend) nicht bereits mit der mittlerweile ausgeprägten depressiven Erkrankung begründet werden kann, womit die auf psychosomatische Erkrankungen zugeschnittene neue Praxis gemäss BGE 141 V 281 gar nicht zur Anwendung käme. Letzten Endes kann diese Frage offen bleiben und braucht nicht abschliessend geklärt zu werden, da sich damit der Umfang des invalidisierenden Gesundheitsschadens nicht verändert, mithin kein Einfluss auf den Ausgang des vorliegenden Verfahrens besteht.

Gestützt auf das MEDAS-Gutachten F. _____ und die Berichte der behandelnden Ärzte steht fest, dass der medizinische Sachverhalt hinreichend erstellt ist und von weiteren Abklärungen – wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht (Beschwerde S. 9 Art. 9) – keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten sind. Insbesondere die Veranlassung einer zusätzlichen Beurteilung der Benzodiazepinabhängigkeit erübrigt sich somit (vgl. dazu auch die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. H. _____ vom 22. September 2014, act. II 98; antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.4 Im Weiteren ist zu prüfen, ob die gestützt auf die psychiatrischen Diagnosen ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit einer rechtlichen Prüfung Stand hält.

Zum Grad der Arbeitsunfähigkeit wurde in der Expertise vom 25. November 2013 (act. II 84.1 S. 40 f. Ziff. 7) dargelegt, für die früher ausgeübten Tätig-

keiten als ... oder bestehe seit Mai 1997 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Bei einer angepassten Verweistätigkeit habe ab Mai 1997 bis zum 31. Dezember 2010 eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 50% bestanden, wohingegen ab Januar 2011 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit (vier Stunden pro Tag) mit einer Leistungseinschränkung von 50% vorliege.

Im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1 S. 292 f.) kann grundsätzlich auf diese Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden. Dies gilt umso mehr, als auch der RAD-Arzt Dr. med. H._____ die Annahmen der Gutachter ausdrücklich als vertretbar betrachtet hat und sich gesamthaft gesehen der Einschätzung der Gutachter anschliessen konnte (act. II 86 S. 4). Nicht zu überzeugen vermag die Beurteilung jedoch insoweit, als ab Januar 2011 gestützt auf die psychischen Einschränkungen in einer angepassten Tätigkeit eine Verschlechterung im Umfang einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 50% attestiert wurde (act. II 84.1 S. 40 Ziff. 3). Denn Dr. med. G._____ hielt im Teilgutachten Psychiatrie explizit fest, verglichen mit der psychiatrischen Einschätzung vor der letztmaligen Verfügung aus dem Jahr 2006 seien die diagnostische Einschätzung und die Befunde weitestgehend übereinstimmend ausgefallen; eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei nicht auszumachen (act. II 84.2 S. 23 Ziff. 5.1). Nichts anderes ist den Berichten von Dr. med. D._____ zu entnehmen, die im Oktober 2005 eine Somatisierungsstörung und eine mittelgradige depressive Episode diagnostizierte (act. II 38) und fortan den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als stationär bezeichnete (act. II 59; 68 S. 2 Ziff. 10). Behandlungs- oder Befundberichte, welche eine Verschlechterung des psychischen Zustandes belegten, liegen somit nicht vor. Ferner fehlt – wie Dr. med. H._____ in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2014 (act. II 86 S. 3) darlegte – im MEDAS-Gutachten F._____ eine nachvollziehbare Begründung für den angenommenen Zeitpunkt des Eintretens der höheren Arbeitsunfähigkeit. Von einer Verschlechterung der Arbeitsunfähigkeit seit der letzten rechtskräftigen Verfügung ist daher nicht auszugehen.

Damit ist die Invaliditätsbemessung bei freier Prüfung gemäss den Schlussbestimmungen des IVG sowie unter Berücksichtigung der neuen Praxis gemäss BGE 141 V 281 gestützt auf eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit, mithin unter Annahme eines 100%-igen Pensums mit dabei eingeschränkter Leistungsfähigkeit von 50% vorzunehmen.

5.

5.1 Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleich zu bestimmen (vgl. E. 2.3 hiervor).

5.1.1 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).

5.1.2 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 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

5.1.3 Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

5.2 Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt der frühest möglichen Rentenrevision per September 2012 (vgl. E. 1.2 hiervor) abzustellen. Die Vergleichseinkommen sind daher auf das Jahr 2012 hin zu bestimmen.

5.2.1 Der Beschwerdeführer arbeitete ab dem 26. Januar 1995 bei der I. _____ in ... als Nachdem er ab dem 1. Mai 1997 zu 100% krankgeschrieben worden war, wurde ihm per Ende Mai 1999 gekündigt (act. II 4). Da der Beschwerdeführer bereits vor dieser Anstellung im ... tätig war (vgl. act. II 84.1 S. 23), ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass er im Gesundheitsfall immer noch in diesem Bereich arbeiten und den ab 1. Januar 1999 vereinbarten Lohn von monatlich Fr. 3'945.-- erhalten würde (act. II 4 S. 2). Angepasst an die Lohnentwicklung (von 104.7 Punkten [1997] auf 124.9 Punkte [2012]; Bundesamt für Statistik [BFS], Nominallohnindex 1993-2010, ..., T1.93) ergibt sich demnach ein Valideneinkommen per 2012 von Fr. 61'179.50 (Fr. 3'945.-- x 13 x 124.9 : 104.7, bei 13 Monatslöhnen).

5.2.2 Da der Beschwerdeführer seit Mai 1997 nicht mehr gearbeitet hat (act. II 84.1 S. 23), ist das Invalideneinkommen aufgrund der LSE festzusetzen. Ihm ist eine angepasste, leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm, ganztags mit einer Leistungseinschränkung von 50% zumutbar, sofern langdauernde Zwangshaltungen des Kopfes oder des Rückens und kauernde oder kniende Körperstellungen vermieden werden können (act. II 84.1 S. 41 Ziff. 11; E. 4.4 hiervor). Gemäss der LSE 2012, Tabelle TA1, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Anforderungsniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder

handwerklicher Art), Männer, beträgt das durchschnittliche Einkommen für Hilfsarbeit über sämtliche Wirtschaftszweige Fr. 5'210.-- pro Monat (Totalwert). Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) angepasst und unter Berücksichtigung der 50%-igen Leistungsfähigkeit, ergibt sich ein jährliches Einkommen per 2012 von Fr. 32'588.55 (Fr. 5'210.-- : 40 x 41.7 x 12 x 0.5) im Jahr.

Der von der Beschwerdegegnerin zugestandene leidensbedingte Abzug in der Höhe von 15% (vgl. Verfügung vom 27. November 2014, act. II 99 S. 2) ist aufgrund der pneumologischen Einschränkungen, welche sich auf das Tätigkeitsspektrum auswirken, nicht zu beanstanden und erscheint unter Berücksichtigung aller einkommensbeeinflussenden Merkmale als korrekt (vgl. E. 5.1.3 hiervor). Gestützt darauf ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 27'700.30 (Fr. 32'588.55 x 0.85).

5.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 61'179.50 und einem Invalideneinkommen von Fr. 27'700.30 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 33'479.20, was einen Invaliditätsgrad von gerundet höchstens 55% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123) ergibt. Daraus folgt, dass der Beschwerdeführer ab dem Zeitpunkt der frühest möglichen Rentenerhöhung, mithin seit September 2012, Anspruch auf eine halbe Rente (vgl. E. 2.2 hiervor) hat und dem Begehren um eine höhere IV-Rente nicht entsprochen werden kann. Im Weiteren ist auch die von der Beschwerdegegnerin verfügte Rentenaufhebung (vgl. Verfügung vom 27. November 2014, act. II 99) nicht zulässig, konnte doch bis Ende 2014 keine revisionsrechtlich relevante Änderung festgestellt werden (vgl. E. 4.4 hiervor).

6. Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. November 2014 (act. II 99) teilweise gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und dem Beschwerdeführer weiterhin eine halbe IV-Rente auszurichten. Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen.

7.

7.1 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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

7.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Der Antrag lautete zwar auf Zusprache einer ganzen IV-Rente, dieses „Überklagen“ rechtfertigt jedoch mangels Einfluss auf den Prozessaufwand keine Reduktion der Parteientschädigung (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; Entscheid des BGer vom 16. November 2010, 9C_580/2010, E. 4.1).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B._____ vom 27. November 2015 wird die Parteientschädigung festgesetzt auf Fr. 3'253.10 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 27. November 2014 aufgehoben. Die Beschwerdegegnerin wird angewiesen, dem Beschwerdeführer ab Januar 2015 weiterhin eine halbe IV-Rente auszurichten. Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'253.10 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

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.