

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 9. Dezember 2015 abgewiesen (9C_832/2015).

200 14 348 IV
SCP/ABE/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Oktober 2015

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. März 2014



Sachverhalt:

A.

Der 1975 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog seit dem 1. Mai 1999 eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Invaliditätsgrad: 100%; Verfügung vom 26. April 2002 [Antwortbeilage {AB} 34/2]). Im Jahr 2007 wurde der Rentenanspruch revisionsweise bestätigt (Mitteilung vom 3. September 2007 [AB 54]). Im Rahmen einer weiteren Rentenrevision im Jahr 2010 (AB 55) ordnete die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) eine medizinische Untersuchung an (AB 64 ff.). Gestützt auf die entsprechende Expertise der MEDAS C._____ vom 26. September 2013 (AB 99.1) und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 100 ff.) hob die IVB die Rente mit Verfügung vom 11. März 2014 (AB 115) auf das Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats auf (Invaliditätsgrad: 20%). Einer allfälligen Beschwerde entzog sie die aufschiebende Wirkung.

B.

Am 10. April 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B._____, Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. März 2014 sei aufzuheben, und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung auszurichten, namentlich eine ganze IV-Rente.
2. Eventualiter: Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. März 2014 sei aufzuheben und die Angelegenheit zu neuer Bestimmung des IV-Grades der Beschwerdeführerin (recte: des Beschwerdeführers) und zu einem neuen Entscheid in der Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Vorsorgliche Massnahme: Die aufschiebende Wirkung der Beschwerde gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. März 2014 sei wiederherzustellen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Zur Begründung wird hauptsächlich geltend gemacht, auf das MEDAS-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Zum einen werden formelle Mängel gerügt, zum anderen wird die Expertise inhaltlich beanstandet.

Mit prozessleitender Verfügung vom 11. April 2014 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. Mai 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde.

Weitere Unterlagen des Beschwerdeführers gingen am 15. August 2014 zu.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. März 2014 (AB 115). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch bzw. die Rechtmässigkeit der Rentenaufhebung per Ende April 2014.

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).

2.2 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 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.3.1 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).

2.3.2 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als 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 – bei Hinweisen für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands – 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).

2.3.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

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 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

Vorab ist zu prüfen, ob ein Revisionsgrund vorliegt. Zu vergleichen ist der Sachverhalt zur Zeit der rentenzusprechenden Verfügung vom 26. April 2002 (AB 34/2) mit demjenigen, der sich bis zur angefochtenen Verfügung vom 11. März 2014 (AB 115) entwickelt hat. Das Revisionsverfahren in den Jahren 2006/2007 (AB 39-54) ist in dieser Hinsicht unbeachtlich, da der Anspruchsbestätigung keine umfassende materielle Anspruchsüberprüfung vorausging (vgl. E. 2.3.2 hiavor).

3.1 Die Rentenzusprechung im Jahr 2002 (AB 34/2) basierte im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Beurteilungen:

3.1.1 Im Austrittsbericht der Rehaklinik D. _____ vom 10. März 1999 (AB 1/4) wurden folgende Diagnosen festgehalten:

Unfall vom 14. April 1998

- Polytrauma (distale Femurschaftfraktur links mit Verdacht auf Quadrizepssehnenruptur, offene Unterschenkelschaftfraktur rechts, offene bimalleoläre Trümmerfraktur links, proximale Fibulafraktur links mit Peroneusläsion, offene Patellafraktur rechts, Thoraxkontusion Schambeinastfraktur links)
- Diverse Rissquetschwunden (Kopf, Hände, Stamm)

Diagnose im Verlauf:

- postoperatives ARDS mit neurologischer Verschlechterung bei cerebraler Fettembolie

Funktionelle Diagnosen und Probleme:

1. Schwere neuropsychologische Defizite mit
 - Mischbild einer psychischen Leistungshemmung mit hirnorganischen Anteilen bei Status nach zerebraler Fettembolie vom 14. April 1998, gemischter dissoziativer Störung bei prononcierter Opferrollenproblematik (ICD-10: F44.7) und im Hirn-PET nachgewiesener FDG-Minderaufnahme frontoparietal rechts im Bereich des Sulcus centralis
2. Rezidivierende mehrmals auftretende Kopfschmerzen mit Ausdehnung vom Nacken bis zur Stirn bifrontal
3. Belastungsabhängige lumbale Rückenschmerzen myofaszial, ohne Irritation, doch mit leichten nächtlichen Restbeschwerden
4. Postoperative und postkontusionelle Schmerzen an den ehemals verletzten und operativ versorgten Körperstellen

Nach dem aussergewöhnlichen Unfallereignis (...) bestehe eine ausgeprägte Opferrollenproblematik mit affektgeladener, hilflos-wütender Vorwurfshaltung, dysphorisch-depressiver Verstimmung, einer histrionischen Pseudodemenz bei mentalen Leistungsanforderungen sowie wahrscheinlich einer Somatisierung der aktuellen Konfliktkonstellation. Die neuropsychologische Untersuchung habe schwere neuropsychologische Defizite

ergeben. Die Testresultate lägen im allertiefsten Bereich und seien nicht alle glaubwürdig bzw. nicht verwertbar. Ohne Zweifel lägen bei der durchgemachten zentralen Fettembolie organische Hirnschädigungen vor; ihr Ausmass könne jedoch nicht abgeschätzt werden. Die 100%-ige Arbeitsunfähigkeit begründe sich aus einer psychischen und einer somatischen Komponente.

3.1.2 Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, legte im Bericht vom 2. Mai 1999 (AB 12/26) unter anderem dar, die posttraumatischen Veränderungen würden sehr markant erscheinen. Der Patient wirke ohne jeden Antrieb. Nebst „Grübeln“ beständen Einschlafstörungen etc. im Sinne einer schweren reaktiven Depression.

3.1.3 Im Bericht über die Abschlussuntersuchung vom 8. Mai 2001 (AB 19/3) hielt der Kreisarzt der SUVA, Dr. med. F._____, Facharzt für Chirurgie, fest, nach dem Unfall von 1998 mit linksseitiger Pilon-tibial-Fraktur blieben als invalidisierender Zustand eine Bewegungseinschränkung und belastungsabhängige Schmerzen im Sinne einer mässigen Arthrose. Zudem liege nach einer zerebralen Fettembolie eine kleinere Glianarbe bildgebend vor. Die kognitiven Defizite würden extrem schwanken. Die an sich zu erwartende Verbesserung der emboliebedingten neuronalen Desintegration habe nicht stattgefunden; temporär sei es zu einer Verschlechterung gekommen, die aetiologisch nicht eindeutig zuzuordnen gewesen sei. Auch eine Aggravation sei nicht ausgeschlossen worden. In der Aufmerksamkeit hätten sich normale Leistungen gezeigt. Es sei von leichten bis mittelschweren Hirnfunktionsstörungen auszugehen. Nicht mehr zumutbar seien Arbeiten unebenerdig und häufiges Treppensteigen. Zu vermeiden sei eine repetitive Gewichtsbelastung über 10 kg. Die Gehstrecke sei zu begrenzen auf maximal 1 Stunde. Sinnvoll wäre eine Arbeit im Sitzen mit kurzen Stehphasen. Einfache, serielle Arbeiten könnten ausgeführt werden. Blöcke mit 2 x 3 Stunden seien zumutbar; ein ganztägiger Einsatz sei aufgrund der kognitiven Defizite und der Schmerzen nicht angebracht.

3.2 Der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2014 (AB 115) lagen im Wesentlichen folgende medizinische Einschätzungen zugrunde:

3.2.1 Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, gab im Zwischenbericht vom 26. April 2011 (AB 69) an, der Gesundheitszustand sei stationär. Seit dem Unfall von 1998 bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Subjektiv seien die kognitiven Beeinträchtigungen weitaus störender als die somatischen Beschwerden. Vor allem wegen der ausgeprägten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen aber auch wegen der Kopf- und Rückenschmerzen sei sowohl die bisherige als auch eine andere Erwerbstätigkeit unzumutbar. Es sei dem Beschwerdeführer deshalb weiterhin eine 100%-ige Rente auszurichten.

3.2.2 Im MEDAS-Gutachten vom 26. September 2013 (AB 99.1) wurden nach internistischer, orthopädischer, neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Untersuchung folgende Diagnosen aufgeführt (S. 41 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronisches polylokuläres Schmerzsyndrom
 - Status nach Polytrauma (14.04.1998)
 - supracondyläre Femurschaft-Fraktur links und Osteosynthese
 - Status nach partieller Durchtrennung der lateralen Quadrizepssehne links und Re-Fixation der Sehneansätze
 - Status nach offener Fraktur des Patellaoberpols mit Schraubenosteosynthese
 - neuropathisches Schmerzsyndrom nach N. saphenus-Traumatisierung rechts
 - posttraumatische beidseitige Patellachondropathie
 - bildgebend geringe chondropathische Veränderungen retropatellär rechts mehr als links
 - Status nach zweitgradig offener Fraktur des Pilon tibial links und Fibulafraktur links mit Schraubenosteosynthese
 - Status nach zweitgradiger offener Unterschenkelfraktur mit Marknagelung rechts
 - residuelle schmerzhaft funktionseinschränkung linkes Sprunggelenk
 - bildgebend mässige OSG-Arthrose
 - Chronisches lumbovertebral-betontes, myofasziales Schmerzsyndrom
- Verdacht auf Status nach leichter traumatischer Hirnschädigung mit retro- und anterograder Amnesie
 - im Verlauf auch nachgewiesene cerebrale Fettembolie
- Multiple periphere Neuropathien von Hautästen, z. T. mit Allodynie verbunden
 - N. saphenus rechts ab Kniegelenk, N. saphenus links distal ab Mitte Unterschenkel mit Tinel-Phänomen und N. cutaneus femoris intermedius links, über dem Malleolus lateralis (N. cutaneus dorsalis lateralis, eventuell auch Äste des N. cutaneus lateralis)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Leichte posttraumatische kognitive Einschränkung möglich
- Status nach Nephrektomie rechts wegen Lithiase etwa 1990
- Anamnestic rezidivierende Follikulitiden
- Rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom

Im Vordergrund der aktuellen Beschwerden ständen solche im Zusammenhang mit der Verletzung des linken Sprunggelenks; die leichte arthrotische

Veränderung führe zu einem gewissen Schonhinken. Dazu bestehe eine Atrophie der linksseitigen Ober- und Unterschenkelmuskulatur. Deshalb bestehe eine gewisse Einschränkung in der Gehfähigkeit. Die weiteren orthopädischen Verletzungen hätten zu keiner objektivierbaren Behinderung geführt und würden als polylokuläres Schmerzsyndrom subsumiert. Im neurologischen Bereich beständen einerseits Folgen der zentralnervösen traumatisch bedingten Erkrankungen, andererseits diverse Störungen im peripheren Nervensystem. Internistisch bestehe keine Erkrankung von Bedeutung. Psychiatrisch bestehe eine leichtgradige depressive Episode. Gegenüber dem Vorbefund von 1999 sei es zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung habe nicht diagnostiziert werden können; vor allem beständen keine belastenden Faktoren. Bezüglich der neuropsychologischen Defizite sei zu sagen, dass sich beim Exploranden klinisch eine mnestiche Funktionsstörung erkennen lasse, hingegen keine Konzentrations-, Aufmerksamkeits- oder Auffassungsstörungen und insbesondere auch keine Ermüdungszeichen. In der neuropsychologischen Untersuchung habe der Explorand die Aufgaben nicht lösen können. Erst auf die Bemerkung, dass die Tests auch bei der Fahrtauglichkeitsprüfung eingesehen würden, habe er gewisse Tests machen können (S. 43). Aufgrund des Verhaltens müsse man eine bewusstseinsnahe Aggravationstendenz annehmen. Schwere neuropsychologische Defizite hätten nicht festgestellt werden können. Auch eine invalidisierende depressive Episode könne nicht mehr bestätigt werden. Die angestammte Tätigkeit als ... sei dem Exploranden v.a. wegen der eingeschränkten Geh- und Stehfähigkeit nicht mehr zumutbar. Hingegen wäre er in der Lage, einer dem orthopädischen Leiden adaptierten Tätigkeit nachzugehen. Eine sitzende Tätigkeit sei ihm vollumfänglich zumutbar. Aufgrund der inkonsistenten Angaben, des bewusstseinsnahen Aggravationsverhaltens wie auch aufgrund fehlender Informationen in den Akten könne der genaue Zeitpunkt der Verbesserung nicht angegeben werden (S. 44). Der Explorand sei überzeugt, keiner weiteren Tätigkeit mehr nachgehen zu können. Dabei bestehe eine deutliche Selbstlimitierung und eine subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung (S. 45).

3.2.3 Dr. med. H._____, Facharzt für Chirurgie FMH, hielt im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 10. Januar 2014 (AB 111.1) zu-

sammenfassend fest, aus rein organischer Sicht sei ein ganztägiger Einsatz prinzipiell vertretbar.

3.2.4 Dr. med. G. _____ legte am 30. Januar 2014 (AB 110/3) dar, von somatischer Seite habe sich seit seinem Bericht vom 18. Februar 2010 (recte: 26. April 2011 [AB 69/1]) keine wesentliche Veränderung ergeben. Aufgrund der über die Jahre konsistent gleich gebliebenen vom Patienten geklagten Beschwerden sei aus hausärztlicher Sicht auch eine körperlich leichte Erwerbstätigkeit nicht zumutbar, sodass die 100%-ige Rente beibehalten werden sollte. Ende 2013 habe der Beschwerdeführer wieder begonnen, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil er sich wegen der vorgesehenen Rentenkürzung sehr niedergeschlagen fühle.

3.2.5 Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, legte im Bericht vom 12. August 2014 (Beschwerdebeilage [BB] 4) dar, es bestehe eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Es sei mit einer antidepressiven Behandlung begonnen worden. Er behandle den Patienten seit dem 8. Mai 2014. Jener scheine mit der versicherungsrechtlichen Entwicklung völlig überfordert zu sein, sodass zumindest in den folgenden Monaten kaum mit einer relevanten Zustandsverbesserung zu rechnen sei.

3.3 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 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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).

3.4 In formeller Hinsicht rügt der Beschwerdeführer, das Gutachten vom 26. September 2013 (AB 99.1) sei nicht konform in Auftrag gegeben worden bzw. genüge den Anforderungen von BGE 137 V 210 nicht.

3.4.1 Die Anordnung des MEDAS-Gutachtens erfolgte – wie der Beschwerdeführer zu anerkennen scheint (vgl. Beschwerde, S. 4) – im Frühjahr 2011 und damit vor Erlass des BGE 137 V 210 (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 28. Juni 2011, 9C_243/2010). Im Rahmen des im Februar 2010 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens (AB 55) teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 22. März 2011 (AB 64) mit, dass eine Untersuchung durch die MEDAS C._____ angeordnet werde. Dass dieses Schreiben dem Beschwerdeführer zunächst nicht zugestellt werden konnte (Beschwerde, S. 4; AB 65/1), lag an Gründen, welche grundsätzlich die Beschwerdegegnerin zu vertreten hat. Denn der Beschwerdeführer hatte zu diesem Zeitpunkt seine Adresse nachweislich gemeldet, was sich zweifelsfrei aus AB 62 ergibt. Ungeachtet dessen ist jedoch festzustellen, dass die Mitteilung vom 22. März 2011 (AB 64) auch dem damaligen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eröffnet wurde, der dessen Interessen selbst noch im Februar 2012 vertrat (vgl. AB 54 f., 73, 79/1, 81), die Eröffnung der Gutachtensanordnung somit keinesfalls als „mangelhaft“ (Beschwerde, S. 4) bezeichnet werden kann, erhielt der Beschwerdeführer das fragliche Schreiben am 5. April 2011 nochmals an die neue Adresse zugestellt (AB 68). Dass die Untersuchung dagegen erst Ende 2012 bzw. Anfang 2013 durchgeführt werden konnte (Beschwerde, S. 5), lag an Umständen, die der Beschwerdeführer (zumindest mit-) zu verantworten hat. So musste der erste Termin (September 2011 [AB 70]) verschoben werden, weil er seiner Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht nicht nachgekommen (AB 71 f.) bzw. weil er in den Ferien war (AB 73). Sodann weigerte er sich nach der zweiten Aufbietung (AB 84 f.) zunächst, sich einer ärztlichen Un-

tersuchung zu unterziehen (AB 87). Erst nach (erneuter) Aufforderung zur Mitwirkung (AB 89) erklärte er sich bereit, die Untersuchungstermine einzuhalten (AB 90). Mit der diesbezüglichen formalistischen Rüge muss sich der Beschwerdeführer nunmehr ein widersprüchliches Verhalten vorwerfen lassen.

3.4.2 Der Umstand, dass die nach der Rechtsprechung von BGE 137 V 210 den versicherten Personen einzuräumenden Mitwirkungsrechte vorliegend noch nicht zum Tragen kommen konnten, führt nicht zwangsläufig zu einer neuen Begutachtung. Denn es wäre unverhältnismässig, wenn nach den alten Regeln eingeholte Gutachten ungeachtet ihrer jeweiligen Überzeugungskraft den Beweiswert einbüssten. Allerdings ist dem Umstand, dass ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten eine massgebende Entscheidungsgrundlage bildet, bei der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen. Diesfalls lässt sich die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen vergleichen, wo schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen genügen, um eine neue Begutachtung anzuordnen (Entscheid des BGer vom 4. Oktober 2012, 9C_495/2012, E. 2.2 f. mit Hinweisen). Mit den soeben zitierten Feststellungen des Bundesgerichts muss es auch hier sein Bewenden haben. Die Schlüssigkeit und damit der Beweiswert des Sachverständigengutachtens sind im Rahmen der Beweiswürdigung nach den strengen Beweisregeln zu prüfen.

3.5 Die MEDAS-Expertise vom 26. September 2013 (AB 99.1) beruht auf einlässlichen Untersuchungen und wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Kenntnis der Vorakten erstattet. In der Darlegung der medizinischen Situation ist sie widerspruchsfrei und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (vgl. E. 3.3 hiervor). Auch die Anforderungen an zwecks Rentenrevision erstellte Expertisen sind erfüllt: Die Gutachter haben sich auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezogen resp. zu dieser Frage ausführlich Stellung genommen (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.2; vgl. AB 99.1/44 f.). Was der Beschwerdeführer gegen die MEDAS-Einschätzung

vorbringt, führt nicht zu einer Schmälerung der Beweiskraft des Gutachtens.

Soweit in der Beschwerde (S. 6) geltend gemacht wird, die jüngeren Berichte der behandelnden Ärzte würden der MEDAS-Expertise widersprechen, ist zunächst festzuhalten, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits es nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Da vorliegend weder der Hausarzt noch der behandelnde Psychiater Aspekte benannte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sind deren Einschätzungen (AB 110/3, BB 4), soweit sie überhaupt von der Expertise abweichen, in keiner Weise geeignet, die Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachten in Frage zu stellen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E 2.2.1). Vielmehr lässt sich die Einschätzung der Gutachter, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert habe (AB 99.1/44 f.), auch mit den Berichten der behandelnden Ärzte in Einklang bringen:

In psychischer Hinsicht wurde im Gutachten explizit eine deutliche Verbesserung attestiert (AB 99.1/37, 99.1/44). Insbesondere konnten anlässlich der psychiatrischen Exploration keine Befunde einer schweren Depression (vgl. noch AB 12/26) mehr erhoben, sondern allein noch eine leichtgradige Depressivität festgestellt werden (vgl. AB 99.1/35 ff.). Im Übrigen geht auch der (seit Mai 2014) behandelnde Psychiater nicht von einer schweren depressiven Störung aus (BB 4). Zwar neigt der Beschwerdeführer nach wie vor dazu, sich in eine Opferrolle zu begeben (AB 99.1/37), eine ausgeprägte Opferrollenproblematik mit affektgeladener, hilflos-wütender Vorwurfshaltung und dysphorisch-depressiver Verstimmung (vgl. AB 1/6) liegt jedoch nicht mehr vor. Angesichts des Umstands, dass sich der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung seit Jahren nicht mehr in einer psychiatrischen oder psychologischen Behandlung befand und auch keine psychopharmakologische Medikation mehr benötigte (vgl. AB 99.1/16, 99.1/33, 99.1/37), ist die attestierte Verbesserung ohne weiteres nachvollziehbar.

Entgegen der Ansicht in der Beschwerde (S. 6) ist es nicht widersprüchlich, wenn im MEDAS-Gutachten eine Psychotherapie als nicht zwingend indiziert erachtet und gleichzeitig ausgeführt wurde, dass der Beschwerdeführer allenfalls von einem Antidepressivum profitieren könnte (AB 99.1/38). Denn eine antidepressive Medikation kann, sofern – wie hier – keine fachärztliche Psychotherapie erforderlich ist, auch vom Hausarzt begleitet werden.

Weiter konnten die Gutachter keine Hinweise für schwere neuropsychologische Defizite (vgl. noch AB 1/5) mehr erkennen. Klinisch war einzig eine mnestiche Funktionsstörung, jedoch keine Konzentrations-, Aufmerksamkeits- oder Auffassungsstörungen feststellbar (AB 99.1/44). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass bereits im Zeitpunkt der Rentenzusprechung gewisse Inkonsistenzen vorlagen und ein bewusstes Vortäuschen von Funktionsstörungen nicht ausgeschlossen werden konnte (AB 6/6 f.); das Vorliegen gewisser kognitiver Defizite wurde indessen nicht gänzlich in Abrede gestellt (vgl. auch AB 19/7). Nachdem nunmehr ein „sehr deutliches Aggravationsverhalten“ (AB 99.1/41) festgestellt worden war, wurde allein noch eine leichte kognitive Einschränkung für möglich gehalten, wobei sich eine solche in einer für den Beschwerdeführer infrage kommenden Tätigkeit nicht auf die Arbeitsfähigkeit bzw. das funktionelle Leistungsvermögen auszuwirken vermöchte (AB 99.1/43).

Schliesslich sind auch in somatischer Hinsicht Verbesserungen eingetreten. Während ein ganztägiger Einsatz früher nicht zumutbar war (AB 19/7), ist ein solcher nunmehr möglich, was sodann auch von Seiten des Kreisarztes aus rein organischer Sicht bestätigt wurde (AB 111.1/14). Diesbezüglich konnten insbesondere durch die Physiotherapie Verbesserungen, namentlich im Zusammenhang mit den Verspannungen und Kopfschmerzen, erreicht werden (AB 69/13).

3.6 Nach dem Dargelegten ist als Zwischenergebnis festzuhalten, dass die Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens nicht durch die Berichte des behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird. Die (strengen) Anforderungen an die Beweiskraft der Expertise (vgl. BGer 9C_495/2012 E. 2.3 i.V.m. BGE 135 V 465 E. 4 S. 467) sind erfüllt. Folglich hat sich die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 11. März 2014 (AB 115) zu Recht auf die

MEDAS-Expertise vom 26. September 2013 (AB 99.1) gestützt. Weitere Sachverhaltserhebungen sind bei dieser Ausgangslage nicht erforderlich, insbesondere erübrigt sich die beantragte (Beschwerde, S. 5) Einholung eines neuen Gutachtens (sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Damit ist in tatsächlicher Hinsicht nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) einerseits erstellt, dass sich der Gesundheitszustand im Vergleich zum massgebenden Referenzzeitpunkt (2002 [AB 34/2]) verbessert hat, womit eine wesentliche Sachverhaltsveränderung im Sinne eines Revisionsgrundes (vgl. E. 2.3 hiervor) vorliegt. Andererseits steht fest, dass in einer leidensangepassten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht (AB 99.1/45). Auf dieser Basis ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 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).

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Hat sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufge-

nommen, so können Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.2

4.2.1 Ob der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall weiterhin die vor dem Unfall von 1998 ausgeübte Tätigkeit als ... inne hätte (vgl. AB 12/4) bzw. ob das Valideneinkommen auf der Basis des zuletzt verdienten Lohns (pro 1998: Fr. 49'894.-- [13 x Fr. 3'838] + allfällige Schichtzulagen bzw. pro 1999: Fr. 57'945.55 [13 x Fr. 4'457.35 {Mittelwert Januar bis März 1999}]; vgl. Arbeitgeberbericht vom 13. April 1999 [Vorakten; unpaginiert]) zu ermitteln oder aufgrund der LSE festzulegen ist, kann offen bleiben. Selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers von dem von der Beschwerdegegnerin herangezogenen Tabellenwert von Fr. 62'732.-- (inkl. Nominallohnentwicklung; AB 115/2) ausgegangen wird, resultiert kein Rentenanspruch mehr (vgl. sogleich).

4.2.2 Da der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen hypothetisch zu ermitteln. Gemäss LSE 2010, TA1, Männer, Anforderungsprofil 4 (zur anwendbaren Tabelle sowie zum im Einzelfall massgebenden Anforderungsniveau vgl. SVR 2002 UV Nr. 15 S. 50 E. 3c cc), beträgt der Totalwert monatlich Fr. 4'901.--. Aufgerechnet

auf die allgemeine wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41.7 Stunden (abrufbar auf www.bfs.admin.ch), angepasst an die Nominallohnentwicklung per 2014 (Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Total, Index Jahr 2010: 100 Punkte, Index Jahr 2014: 103.2 Punkte), resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 63'273.50. Aufgrund der konkreten Gegebenheiten (volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit in angepasster Tätigkeit [AB 99.1/45], Schweizer Bürger [AB 48/2], schweizerdeutsch sprechend [AB 99.1/41], 39-jährig im Verfügungszeitpunkt, jedoch anerkanntermassen Grobmotoriker) erweist sich der „pauschal und ohne Begründung“ (Beschwerde, S. 7) gewährte 20%-ige Abzug (AB 115/2) als nicht angemessen. Damit ist vorliegend – trotz der grundsätzlich gebotenen Zurückhaltung – in das diesbezügliche Ermessen der Verwaltung einzugreifen. Da bei einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich die orthopädisch formulierten Einschränkungen eines ‚Grobmotorikers‘ zum Tragen kommen (AB 99.1/45), ist maximal ein 10%-iger Abzug vom Invalideneinkommen gerechtfertigt. Dies ergibt ein Invalideneinkommen von Fr. 56'946.10.

4.2.3 Aus der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen (maximal Fr. 62'732.-- resp. Fr. 56'946.10) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 5'785.90, was einem Invaliditätsgrad von aufgerundet 10% entspricht. Die Rente wurde somit zu Recht aufgehoben (vgl. E. 2.2 hiervor). In Anwendung von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) ist schliesslich auch der Zeitpunkt der Renteneinstellung nicht zu beanstanden.

4.3 Grundsätzlich ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung der Leistungsfähigkeit entgegenstehen. In Fällen, in welchen die versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat, muss sich die Verwaltung vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür – ausnahmsweise – im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung und/oder die Durchführung von Eingliede-

rungsmassnahmen vorausgesetzt ist (SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.1 und 3.3). Diese Voraussetzungen sind hier nicht gegeben: Der 1975 geborene Beschwerdeführer ist weder 55 Jahre alt noch bezog er die Rente *mehr als* 15 Jahre (vgl. AB 34/2, 115/2; vgl. auch BGE 141 V 5). Es liegen keine Umstände vor, welche gegen die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung sprechen würden. Daran ändert nichts, dass der psychiatrische Gutachter berufliche Massnahmen befürwortet hat (AB 99.1/38; vgl. Beschwerde, S. 8). Abgesehen vom deutlichen Aggravationsverhalten (AB 99.1/41) geht aus dem MEDAS-Gutachten (S. 15, 37, 45) hervor, dass sich der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Behinderungsüberzeugung für nicht mehr arbeitsfähig hält. Damit mangelt es offenkundig an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf entsprechende Massnahmen verzichtet, den Beschwerdeführer aber darauf hingewiesen hat, dass er sich bei gegebener Motivation diesbezüglich wieder melden könne (AB 115/2).

Entgegen der Ansicht in der Beschwerde (S. 8) war von Seiten der Beschwerdegegnerin nicht (gesondert) zu prüfen, ob hier ein sog. pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage vorliegt. Weder wurde die Rente im Jahr 2002 aufgrund eines Beschwerdebildes aus dem entsprechenden Formenkreis gesprochen noch liegt eine solche aktuell vor (vgl. AB 99.1/36, 99.1/44). Die Beschwerdegegnerin hat den Rentenanspruch denn auch – zu Recht – nicht gestützt auf lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [SchIB]; in Kraft seit 1. Januar 2012) überprüft, sondern eine Revision nach Art. 17 ATSG (E. 2.3 hiervor) durchgeführt (AB 55 ff.). Damit stellte sich die Frage nach dem Prozedere gemäss Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (KSSB) nicht (vgl. Beschwerde, S. 8). Dass die Beschwerdegegnerin die Rente ohne vorherige Durchführung von Eingliederungsschritten aufgehoben hat, ist somit nicht zu beanstanden.

4.4 Zusammenfassend erweist sich die Verfügung vom 11. März 2014 (AB 115) im Ergebnis als rechtens. Die Beschwerde ist abzuweisen.

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. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Ebenso hat die Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt (Art. 54 Abs. 2 IVG) – trotz ihres Obsiegens – keinen Anspruch auf einen Parteikostenersatz (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. 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.