

200 15 381 IV  
MAW/LUB/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 11. August 2015**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Lüthi

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. März 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1962 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im September 1997 unter Hinweis auf eine Depression zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin]; Antwortbeilage [AB] 67.1 S. 146 ff.). Nach Abklärungen im medizinischen (AB 67.1 S. 122 ff.) und erwerblichen Bereich (AB 67.1 S. 128 ff.) sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 15. Mai 1998 (AB 67.1 S. 110 ff.) bei einem Invaliditätsgrad von 70 % eine ganze Rente ab dem 1. Juli 1997 zu. In der Folge fanden mehrere Revisionen von Amtes wegen statt, welche jeweils zu einer Bestätigung der Rente führten (AB 67.1 S. 104, S. 30, S. 16, AB 62). Die rentenbestätigende Verfügung vom 26. März 2003 (AB 67.1 S. 30 f.) erging insbesondere gestützt auf ein rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2002 (AB 67.1 S. 50 ff.), welches dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 70 % attestierte.

### **B.**

Im Rahmen einer weiteren Revision von Amtes wegen machte der Versicherte am 27. Juni 2013 einen seit 2011 (somatisch) verschlechterten Gesundheitszustand geltend (AB 74 S. 1 ff.), woraufhin die IVB unter anderem eine interdisziplinäre Begutachtung durch die D.\_\_\_\_\_ (MEDAS), veranlasste (MEDAS-Gutachten vom 25. März 2014 [AB 90.1]). Im Gutachten wurde eine Verbesserung der Gesundheitssituation festgehalten und dem Beschwerdeführer sowohl für die angestammte als auch für angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 90 % attestiert (AB 90.1 S. 24 und 26 Ziff. 13). Mit Vorbescheid vom 23. April 2014 (AB 91) stellte die IVB dem Versicherten die Aufhebung der bisherigen Rente bei einem Invaliditätsgrad von 10 % in Aussicht. Dagegen machte der Versicherte mit Schreiben vom 9. Mai 2014 (AB 93) Einwendungen geltend und liess einen Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für allgemeine Medizin FMH, vom

16. Mai 2014 (AB 97), einen Bericht über den stationären Aufenthalt in der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 21. Juli 2014 (AB 102) sowie eine Behandlungsbestätigung der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 3. September 2014 einreichen. Daraufhin holte die IVB eine Stellungnahme der MEDAS vom 25. November 2014 (AB 115), einen Arztbericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2014 (AB 117) und eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 5. März 2015 (AB 119) ein. Mit Verfügung vom 20. März 2015 (AB 120) bestätigte die IVB die Aufhebung der ganzen Rente per Ende April 2015. Zur Begründung führte sie aus, die seit der Begutachtung geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei auf psychosoziale Gründe zurückzuführen und deshalb für die IV nicht relevant.

### C.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 1. Mai 2015 Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 20. März 2015 sei aufzuheben.
2. Es sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer vorerst für eine mindestens 70 %ige Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf eine ganze IV-Rente hat.
3. Eventuell: Beim Beschwerdeführer sei ein mindestens sechsmontatiges berufliches Eingliederungstraining anzuordnen.
4. Nach Abschluss des Eingliederungsversuchs sei eine weitere Begutachtung anzuordnen.
5. Dem Beschwerdeführer sei für dieses IV-Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und die unterzeichnende Anwältin sei als amtliche unentgeltliche Anwältin einzusetzen.
6. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

In der Begründung liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, die von der IV in Aussicht gestellte Rentenaufhebung habe zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation geführt, welche im Sommer 2014 einen stationären Aufenthalt und erneut eine regelmässige (wöchentliche) Psychotherapie notwendig gemacht hätten. In der Verfügung werde einzig auf das MEDAS-Gutachten abgestellt, ohne die seither eingetretene Verschlechterung der gesundheitlichen Situation zu berücksichtigen.

sichtigen. Es müsse ein weiteres Gutachten eingeholt werden, welches über den aktuellen Verlauf der Erkrankung nach Eintritt der Verschlechterung im Jahr 2014 Auskunft gäbe. Insbesondere müsse ein Arbeitsaufbau- bzw. Belastungstraining initiiert werden, welches mindestens einen Zeitraum von sechs Monate umfasse.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Juni 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie führte namentlich aus, es handle sich bei der geltend gemachten Verschlechterung um psychosoziale Belastungsfaktoren und emotionale Konflikte, welche aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht berücksichtigt werden könnten. Der Beschwerdeführer habe sich im Rahmen seiner Restarbeitsfähigkeit immer selbst eingegliedert und sei über eine gewisse Zeit sogar selbständigerwerbend gewesen. Des Weiteren sei sowohl die angestammte als auch jede andere angepasste Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar. Daraus erhelle klar, dass vorgängig zur Rentenaufhebung der Eingliederungsbedarf nicht abzuklären sei.

## **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 20. März 2015 (AB 120). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und in diesem Zusammenhang die Rechtmässigkeit der verfügten Leistungsaufhebung.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 Satz 2 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss

teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksich-

tigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

**2.3** 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.

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

**2.5** 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).

**2.6** 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).

**2.6.1** 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, son-

dern 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).

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

**2.6.3** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

### **3.**

**3.1** Zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der umstrittenen Rentenaufhebung. Hierzu ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenbestätigenden Verfügung vom 26. März 2003 (AB 67.1 S. 30 f.) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. März 2015 (AB 120) zu vergleichen

und zu prüfen, ob in dieser Zeit eine Änderung in den medizinischen oder erwerblichen Verhältnissen eingetreten ist, welche geeignet ist, den bisherigen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 hiervor). Die mehrmaligen Bestätigungen der ganzen Rente, zuletzt mit Verfügung vom 7. Oktober 2011 (AB 62) sind vorliegend unbeachtlich, da diesen keine hinreichende materielle Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen zugrunde gelegen hat (vgl. E. 2.6.3 hiervor). Sollte im massgebenden Vergleichszeitraum eine relevante Änderung eingetreten sein, wäre in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob sich diese auf den bisherigen Rentenanspruch auswirkt (vgl. E. 2.6.2 hiervor).

**3.2** Die rentenbestätigende Verfügung vom 26. März 2003 (AB 67.1 S. 30 f.) basierte auf dem rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten der Abklärungsstelle C. \_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2002 (AB 67.1 S. 50 ff.).

Dabei diagnostizierten die Gutachter PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ und Dr. med. I. \_\_\_\_\_ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit teils schweren depressiven Episoden und Suizidalität (ICD-10: F33.1) und intermittierende lumbospondylogene Schmerzen links bei einem Status nach durchgemachtem Morbus Scheuermann lumbal und einer leichten Fehlform der Wirbelsäule.

In der Zusammenfassung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wird im Wesentlichen ausgeführt, anamnestisch habe der Versicherte schon in der Kindheit psychische Probleme gehabt. Eine erste schwere Krise sei 1993 aufgetreten. Damals sei er zur Krisenintervention nach Intoxikation mit Benzodiazepinen bei einem depressiven Zustandsbild, zum Teil zusammenhängend mit sozialer Problematik, zum ersten Mal psychiatrisch hospitalisiert worden. Eine weitere Hospitalisation sei 1996 erfolgt mit der Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischen Symptomen bei schwieriger familiärer, sozialer und kultureller Problematik. In der aktuellen psychiatrischen Exploration erscheine ein ordentlich gekleideter, bewusstseinsklarer und voll orientierter Versicherter. Die Konzentration scheine im Verlauf des ca. einstündigen Gesprächs etwas abzunehmen. Der formale Gedankengang sei teils umständlich, teils sprunghaft. Zum Untersuchungszeitpunkt bestehe weder ein Anhalt für Sinnestäuschungen oder wahnhaftes Erleben noch ein Anhalt für Ich-Störungen. Affektiv wirke

der Versicherte niedergedrückt bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit, modulierter Mimik, Gestik und Psychomotorik. Die den Unterlagen zu entnehmende Diagnose einer schizoaffektiven Störung könne im Zeitpunkt der Untersuchung und aus den Angaben des Patienten weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Die depressive Entwicklung mit Somatisierungsstörung sei sicherlich zu sehen im Rahmen einer erheblichen sozio-kulturellen Problematik und daraus resultierenden Schuld- und Versagensgefühlen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund des langen Verlaufs und der äusserst geringen Belastbarkeit des Versicherten weiterhin um 70 % eingeschränkt. Der jetzige Status im Sinne einer 30 %-igen „Nischentätigkeit“ als ... bei der ... sollte, wenn irgend möglich, beibehalten werden, einerseits zum Erhalten einer gewissen Tagesstruktur und andererseits, weil der Versicherte dadurch eine Wertschätzung erhalte, die sich positiv auf die depressive Symptomatik auswirken sollte (AB 67.1 S. 62 f.).

In der aktuellen rheumatologischen Untersuchung fänden sich ein leichter Beckenschiefstand von 8 mm, eine leicht abgeflachte physiologische Krümmung thorakolumbal sowie eine angedeutete bikonvexe Skoliose ohne grössere Rotationskomponente. Die Wirbelsäulenbeweglichkeit sei zur Zeit der Untersuchung frei und indolent. Neurologische Ausfälle liessen sich nicht objektivieren. Diagnostisch handle es sich um intermittierende lumbospondylogene Schmerzen links bei einem Status nach durchgemachtem Morbus Scheuermann lumbal sowie einer leichten Fehlform der Wirbelsäule. Aus rheumatologischer Sicht seien körperlich belastende Hilfsarbeiten nicht sinnvoll, da dadurch eine Verstärkung der lumbospondylogenen Schmerzen ausgelöst werden könnte. Für eine körperlich schwere Arbeit bestehe aus rheumatologischer Sicht somit eine Einschränkung von 50 %. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitives Heben von Gewichten über 10 kg bestehe aus rein rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Befunde und Gegebenheiten sei der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als ... in der ... als zu 30 % arbeitsfähig zu beurteilen. Die aus rheumatologischer Sicht höhergradige Restarbeitsfähigkeit könne vom Versicherten aufgrund

der psychiatrischen Problematik mit sehr geringer Belastbarkeit nicht umgesetzt werden (AB 67.1 S. 64).

**3.3** Hinsichtlich der Situation im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. März 2015 (AB 120) lassen sich den medizinischen Unterlagen im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.3.1** Im Gutachten der MEDAS vom 25. März 2014 (AB 90.1) wurden nach psychiatrischer, neurochirurgischer, orthopädischer und internistischer Untersuchung folgende Diagnosen genannt (S. 23 f.):

Mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit (angestammte Tätigkeit)

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig Restzustand einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F33.0)

Ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.1)
- St. n. KTS-Dekompression bds. im Jahre 2011 mit Restitution
- Lumbalgie ohne neuroradikuläre Symptomatik
- rezidivierende Beschwerden der Lendenwirbelsäule bei Fehlstatik, Haltungsinuffizienz, muskulärem Hartspann und verschmächtigter Rumpfmuskulatur. Kein nervenwurzelbezogenes, neurologisches Defizit. Beidseits verkürzte Ischiokruralmuskulatur ohne Dehnungsschmerzen.
- Morbus Dupuytren bds.
- varische Beinachsen bds.
- Adipositas
- Prostatahyperplasie
- St. n. Helicobacter-Gastritis
- St. n. tubovillösem Colonadenom
- Rektusdiathese
- Nabelhernie
- Lumbalhernie

In allgemein medizinisch-internistischer Hinsicht ergäbe sich, dass die Helicobactergastritis inzwischen behandelt worden sei und die vom Versicherten geschilderten wiederkehrenden Magenschmerzen einer medikamentösen Behandlung gut zugänglich sein sollten. Bezogen auf die von ihm angegebenen Herzprobleme bestünden bezüglich der medizinischen Untersuchung und der vorliegenden medizinischen Unterlagen keine objektivierbaren Befunde. Befunde einer akuten Nephrolithiasis hätten sich nicht ergeben. Anstatt des vom Versicherten angegebenen Prostatakrebs werde in den Akten lediglich eine Prostatahyperplasie beschrieben, wobei der aktuelle PSA-Wert gegen ein akutes Geschehen in diesem Bereich spreche. Eine Fibromyalgie könne vor dem Hintergrund der dokumentierten Befunde

und der Untersuchung nicht bestätigt werden. Internistischerseits bestehe aktuell keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit (AB 90.1 S. 22).

In psychiatrischer Hinsicht ergäbe sich die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, bei prädisponierender ängstlich-selbstunsicherer Persönlichkeitsstruktur. Schwere depressive Phasen seien laut Aktenmaterial und anamnestischen Angaben 1993 und 1996 vorhanden gewesen. Laut anamnestischen Angaben bestünde seit mindestens zwei Jahren eine deutliche Besserung. Aktuell und retrospektiv für mindestens zwei Jahre werde anamnestisch eine depressive Restsymptomatik lediglich noch beschrieben. Aus heutiger Sicht sei bei nur im geringen Ausmass organomorphologisch erklärbarer Schmerzkomponenten und einer subjektiv relevanten Schmerzangabe, von einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und körperlichen Faktoren auszugehen, wobei auch eine gewisse Akzentuierung in der Symptomschilderung Berücksichtigung finden sollte. Psychiatrischerseits ergäbe sich aus der depressiven Restsymptomatik, bei wohlwollender Würdigung der zur Verfügung stehenden Untersuchungsergebnisse und Informationen, allenfalls eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 10 % bezogen auf Leistung und Zeit (AB 90.1 S. 22 f.).

In neurologischer Hinsicht zeige sich ein durchwegs unauffälliger Status ohne jeglichen Hinweis auf lumboradikuläre oder zervikoradikuläre Störungsmuster und ohne Hinweis für peripher neurogene Schädigungen. Bezogen auf den Zustand nach den beiden Karpaltunneloperationen links und rechts im Jahre 2011, bestehe lediglich noch eine Reizempfindlichkeit im Bereich der Handgelenke. Die muskuloskelettalen Befunde erschienen gegenwärtig weitgehend normal. Es zeigten sich speziell keine Hinweise für eine relevante lumbale Bewegungseinschränkung respektive für ein lumboradikuläres Störungsmuster. Auch im Bereich von Schultergürtel und HWS bestünden keine Bewegungseinschränkungen. Versicherungsmedizinisch sei eine Einschränkung der Handkraft allenfalls für sehr schwere Tätigkeiten plausibel, mittelschwere und teilweise schwere Tätigkeiten seien hingegen zumutbar. Der Versicherte sei im allgemeinen Bewegungsmuster nicht relevant eingeschränkt. Neurologischerseits ergäben sich keine über das orthopädische Fachgebiet hinausreichenden Aspekte für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 90.1 S. 23).

Aus orthopädischer Sicht hätten sich während der Untersuchung altersentsprechende Normalbefunde an Wirbelsäule und grossen/kleinen Gelenken der oberen und unteren Extremitäten ergeben. Nach Betrachtung der Handflächen und Fusssohlen könne eine körperliche Inaktivität ausgeschlossen werden. Es ergäbe sich für mittelschwere und gelegentlich auch körperlich schwere Tätigkeiten, die bevorzugt aus wechselnder Ausgangslage verrichtet würden, ein volles Arbeitsvermögen ohne Einschränkungen der Leistungsfähigkeit.

Im Rahmen der interdisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung führten die Gutachter aus, zusammenfassend ergäbe sich internistischer-, neurologischer- und orthopädischerseits keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Arbeiter in der ... und für .... Psychiatrischerseits ergäbe sich eine höchstens 10 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bezogen auf Leistung und Zeitpensum, resultierend aus der depressiven Restsymptomatik (AB 90.1 S. 23).

**3.3.2** Im Austrittsbericht der Klinik F.\_\_\_\_\_ vom 21. Juli 2014 (AB 102) diagnostizierten med. pract. J.\_\_\_\_\_, med. pract. K.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin, und L.\_\_\_\_\_, wissenschaftliche Mitarbeiterin, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1). Während des stationären Aufenthaltes habe sich eine stetige Besserung des Allgemeinbefindens gezeigt. Suizidgedanken rückten sukzessive in den Hintergrund. Der Versicherte habe sich gut in den Stationsalltag integriert. Er habe sich zukunftsorientiert gezeigt. Weiterhin Thema sei die kulturelle Zerrissenheit, welche den Versicherten bereits sein ganzes Leben begleite. Der Versicherte hätte sich grosse Sorgen um seine Ehefrau, welche ebenfalls krank sei, gemacht. Bei fehlenden Hinweisen auf eine akute Selbstgefährdung und einer deutlichen Besserung der depressiven Symptomatik, sei der Versicherte am 21. Juli 2014 auf eigenen Wunsch in die vorbestehenden Wohnverhältnisse ausgetreten.

**3.3.3** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 16. Mai 2014 (AB 97 S. 1) als Diagnosen eine latente Depression mit einem St. n. Suizidversuchen (durch den Entscheid aktuell wieder aus der Bahn geworfen), ein polytopisches Schmerzsyndrom (panvertebral, Cephalaea), einen St. n. Versorgung einer Umbilicalhernie bei persistierender ausgeprägter Rektus-

diastase (Dezember 2013), einen St. n. Implantation eines Vicrynetzes bei Zwerchfellhernie linksseitig und eines St. n. Weichteilverletzung am linken Thorax sowie eine chron. Refluxkrankheit auf. Eine Arbeitsbelastung sei teilweise denkbar, wobei keine schweren Gewichte gehoben und keine schwierigen Arbeitsplatzverhältnisse vorherrschen dürften.

**3.3.4** In der Stellungnahme der MEDAS vom 25. November 2014 (AB 115) führte Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, gemäss einem damals durchgeführten interdisziplinären Konsensgespräch hätte sich aus rein psychiatrischer Sicht eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 10 % (angestammt, Verweistätigkeit) ergeben, wobei motivationale Faktoren und die tatsächlich vorliegenden Fähigkeiten unter Berücksichtigung des Mini-ICF in Relation gesetzt worden seien. Auch interdisziplinär habe das Ausmass der Arbeitsfähigkeit damals bestätigt werden können. Das Schreiben des Hausarztes des Versicherten vom 16. Mai 2014 (AB 97 S. 1) bringe keine neuen Aspekte, welche nachträglich korrigierend in der Beurteilung noch einfließen sollten. Die Diagnose einer latenten Depression und eine heftige Reaktion der Unzufriedenheit auf den Entscheid der IV stellten kein relevantes versicherungsmedizinisch bedeutsames Zustandsbild dar.

**3.3.5** Med. pract N.\_\_\_\_\_, Praxisassistentin und Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierten im Bericht der Klinik G.\_\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2014 (AB 117) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) und einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung vom paranoiden Typ (ICD-10: F60.0). Insgesamt bestehe neben der depressiven Symptomatik eine erhöhte Ängstlichkeit, Anspannung, Besorgtheit, was auch an eine generalisierte Angststörung denken lassen könnte. Jedoch seien die bisherigen depressiven Episoden jeweils als mittelgradig bis schwer beschrieben und in der Vergangenheit auch von Suizidalität begleitet, so dass von einer anhaltenden/chronischen depressiven Störung mit vorwiegend ängstlichen Anteilen und zum Teil auch mit somatoformer Stressverarbeitung im Rahmen von Schmerzen auszugehen sei. Aufrechterhalten werde die Erkrankung zusätzlich durch pathologische Beziehungsmuster (Persönlichkeitsstörung) aufgrund von diversen negativen

Erfahrungen in der Kindheit/Jugend sowie einer interkulturellen Problematik (Zerrissenheit in der Zugehörigkeit, Rollenkonflikt als Mann, Stolz-/Schuldfragen). Aufgrund des langen Krankheitsverlaufs sei mit einer Chronifizierung der Depression, der geringen Belastbarkeit des Patienten sowie den eingeschränkten therapeutischen Möglichkeiten bei höchstwahrscheinlich gleichzeitig bestehender Persönlichkeitsstörung eine 90 % Arbeitsfähigkeit, wie im MEDAS-Gutachten vom 25. März 2014 (AB 90.1) attestiert, nicht nachvollziehbar. Ein Belastungs-/Arbeitstraining in einem angepassten Rahmen sei als Versuch möglich.

**3.3.6** Die RAD-Ärztin Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in ihrer Stellungnahme vom 5. März 2015 (AB 119 S. 2 f.) fest, zusammenfassend könne bezüglich des psychiatrischen Längsschnittsverlaufs auf die psychiatrischen Berichte vom 26. März (AB 90.1), 21. Juli 2014 (AB 102) und 16. Januar 2015 (richtig 29. Dezember 2014; AB 117) abgestützt werden. Der psychophysische Gesundheitszustand hätte sich seit anfangs 2012 deutlich stabilisiert, was sich auch im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. März 2014 (AB 90.1) abbilde. Jedoch habe sich der psychiatrische Gesundheitszustand im Juli 2014 erneut von einer leichtgradigen zu einer mittelgradigen Episode destabilisiert, womit bei der von allen Psychiatern festgestellten rezidivierenden depressiven Störung generell jederzeit habe gerechnet werden müssen. Aus psychiatrischer Sicht sei es durchaus nachvollziehbar, dass der Versicherte nach Bezug einer ganzen IV-Rente während 15 Jahren, angesichts des Vorbescheids der Rentenaufhebung vom 23. April 2014 plötzlich mit massiven Existenzängsten konfrontiert sei, die zusammen mit anderen Belastungsfaktoren bei bereits vorhandener erhöhter psychischer Vulnerabilität für affektive Erkrankungen erneut eine depressive Episode auslösen könnten. Der Gesundheitszustand habe sich in der Zeit von 2012 bis 26. März 2014 verbessert. Danach sei bis zum Eintritt in die Klinik F.\_\_\_\_\_ am 7. Juli 2014 eine Verschlechterung eingetreten.

**3.4** 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).

Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf

welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

**3.5** Es ist zu Recht unbestritten, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers seit der letzten umfassenden Prüfung durch die Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ (AB 67.1 S. 50 f.) im Rahmen der von Amtes wegen eingeleiteten Revision im Jahr 2002 verändert haben und damit ein Revisionsgrund gegeben ist (vgl. E. 2.6 hiervor). Seitens des Beschwerdeführers wird auch nicht substantiiert bestritten, im MEDAS-Gutachten vom 25. März 2014 (AB 90.1) sei sein Gesundheitszustand unzutreffend dargelegt worden. Vielmehr erfüllt das MEDAS-Gutachten die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert von ärztlichen Berichten und Gutachten (vgl. E. 3.4 hiervor) und überzeugt. Es beruht auf einlässlichen Untersuchungen und wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Kenntnis der Vorakten erstattet. In der Darlegung der medizinischen Situation ist es widerspruchsfrei und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Insbesondere ist die hier ausschlaggebende psychiatrische Beurteilung (AB 90 S. 12 - 21) sorgfältig und überzeugend vorgenommen worden. Im psychiatrischen Teil des Gutachtens erfolgte auch eine intensive Auseinandersetzung mit den bisherigen Berichten und abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte. Es liegt somit ein umfassendes psychiatrisches Teilgutachten vor und es überzeugt, wenn festgehalten wird, dass im Untersuchungszeitpunkt lediglich noch ein Restzustand einer leichten depressiven Phase besteht (AB 90 S. 20). Es finden sich weder Hinweise für eine Unrichtigkeit des MEDAS-Gutachtens noch Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung sprechen. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

Der Beschwerdeführer macht vorwiegend geltend, der (psychische) Gesundheitszustand habe sich seit der Androhung der Rentenaufhebung erheblich verschlechtert (Beschwerde S. 3 Ziff. 1 und 3). Einerseits verweist er zur Begründung auf den vom 7. bis 21. Juli 2014 durchgeführten stationären Aufenthalt bei der Klinik F.\_\_\_\_\_ (AB 102) und die ab dem 20. August 2014 durchgeführte Behandlung in der Klinik G.\_\_\_\_\_

(AB 106 und 117). Andererseits stützt sich der Beschwerdeführer auch auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 5. März 2015 (AB 119), in welcher auf eine seit der Begutachtung eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes (insbesondere ab März 2014) hingewiesen wird und die medizinische Weiterbehandlung inkl. Verlaufsbericht, Integrationsmassnahmen und allenfalls eine psychiatrische Nachbegutachtung empfohlen werden.

Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Juni 2015 (S. 3 Rz. 11 - 13) indessen zu Recht darauf hinweist, haben die Umstände, welche zum stationären Aufenthalt in der Klinik F. \_\_\_\_\_ im Sommer 2014 und zur psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung in der Klinik G. \_\_\_\_\_ ab dem 20. August 2014 geführt haben, starke psychosoziale Aspekte (vgl. E. 2.2 hiavor). Aus dem Austrittsbericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 21. Juli 2014 (AB 102) geht hervor, dass der Versicherte berichtet habe, seit mehreren Monaten zunehmend antriebslos, angespannt und deprimiert zu sein. Seine Ehefrau habe vor vier Monaten den Anspruch auf eine Rente der IV verloren und seine Rente werde vermutlich in Kürze auf der Basis eines MEDAS-Gutachtens ebenfalls aufgehoben. Der Tod seiner Hunde im Februar 2014 belaste ihn sehr (AB 102 S. 1). Im Bericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2014 (AB 117) führen med. pract. N. \_\_\_\_\_ und Dr. med. O. \_\_\_\_\_ aus, der Versicherte habe aktuell mehrere Belastungen ertragen müssen, so seien innert zwei Monaten seine beiden Hunde gestorben, seiner Ehefrau seien die IV-Leistungen abgesprochen worden, zwei Söhne seien ausgezogen, er habe Bauchoperationen gehabt und müsse nun selber befürchten, dass ihm die IV-Leistungen abgesprochen würden. Die Vorstellung zum Sozialdienst zu gehen sei für ihn unerträglich, er habe schlechte Erfahrungen gemacht (AB 117 S. 1).

Aufgrund dieser Ausführungen erscheint es fraglich, ob tatsächlich eine IV-relevante Erkrankung besteht bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem in Aussicht stellen der Rentenaufhebung eingetreten ist. Kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer bereits nach zwei Wochen, bei fehlenden Hinweisen auf eine akute Selbstgefährdung und deutlicher Besserung der depressiven Symptomatik, aus der stationären Be-

handlung bei der Klinik F. \_\_\_\_\_ nach Hause entlassen werden konnte (AB 102 S. 3) und die anschliessende Psychotherapie in der Klinik G. \_\_\_\_\_ nicht wöchentlich – wie beschwerdeweise geltend gemacht (Beschwerde S. 3 Ziff. 1) – erfolgte, sondern einzig sechs Behandlungen im Zeitraum vom 20. August bis 22. Dezember 2014 durchgeführt wurden (AB 117 S. 2). Daraus ist zu schliessen, dass lediglich alle drei Wochen ein Behandlungstermin wahrgenommen wurde. Diese beiden Gegebenheiten sprechen für eine bloss vorübergehende Zustandsverschlechterung im Sinne eines reaktiven Geschehens und damit gegen eine bleibende Verschlimmerung der Erkrankung, so dass das Ergebnis des MEDAS-Gutachtens und das dort festgehaltene Zumutbarkeitsprofil Bestand haben. Folglich ist von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit auszugehen (AB 90.1 S. 24 -26). Gestützt darauf ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu bemessen (vgl. E. 2.3 f. hiervor).

#### 4.

**4.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.2** 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).

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 pflichtgemäsem 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 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

**4.3** Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt der Rentenrevisión (Entscheid des EVG vom 3. Juli 2006, I 86/06, E. 4), mithin auf das Jahr der hier angefochtenen Verfügung abzustellen.

**4.4** Die Beschwerdegegnerin hat den Einkommensvergleich dergestalt vorgenommen, als sie das Validen- und das Invalideneinkommen auf der Grundlage des gleichen Tabellenlohns gemäss LSE, Totalwert, Anforderungsniveau 4, bestimmt hat. Dies ist unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass der Beschwerdeführer einerseits keine Berufsausbildung abgeschlossen (AB 90.1 S. 5) und andererseits seit mehreren Jahren keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat (AB 90.1 S. 40), nicht zu beanstan-

den. Ebenfalls zu keinen Beanstandungen Anlass gibt, dass kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn gewährt wurde, zumal mit den sich aus dem Zumutbarkeitsprofil ergebenden Einschränkungen die Beschwerdeführerin hinreichend Rechnung getragen hat. Es resultiert ein Invaliditätsgrad von 10 %, da der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (hier 10 %) entspricht, wenn Validen- und Invalideneinkommen aufgrund des gleichen Tabellenlohns bestimmt werden (Urteil des EVG vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Folglich besteht kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.3 hiervor), womit die bisherige Rente grundsätzlich aufzuheben ist.

## 5.

**5.1** Zu prüfen bleibt ein allenfalls vorgängiger Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen vor der Renteneinstellung.

Die Beurteilung einer Erwerbsunfähigkeit richtet sich gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen, was auch im Revisionsfall (Art. 17 Abs. 1 ATSG) gilt. Nicht gesundheitlich bedingte Eingliederungshindernisse haben daher bei der Invaliditätsbemessung auch im Revisionszusammenhang ausser Acht zu bleiben. Daher geht die ständige Rechtsprechung vom Regelfall aus, der darin besteht, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist; praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann, und zwar auch bei langjährigem Rentenbezug. Diese Rechtsprechung entspricht dem Grundsatz "Eingliederung statt Rente", wonach grundsätzlich keine Invalidenrente zugesprochen oder weiterhin ausgerichtet werden darf, solange und sobald eine Eingliederung einen rentenan-spruchserheblichen Erfolg verspricht (SVR 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.2).

Dennoch hat die Rechtsprechung in ganz besonderen Ausnahmefällen nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener

Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist (Art. 7 Abs. 1 i.V.m. Art. 16 ATSG). Eine unmittelbare Anrechenbarkeit des Invalideneinkommens ist dann zu verneinen, wenn Eingliederungsmassnahmen entweder aus medizinischer oder aus beruflich-erwerblicher Sicht unabdingbare Voraussetzung für eine Umsetzung eines (potentiellen) funktionellen Leistungsvermögens sind. Aus medizinischer Sicht fällt der Schluss der (vorläufigen) Nichtanrechenbarkeit eines auf der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beruhenden Invalideneinkommens in Betracht, wenn das grundsätzlich attestierte Leistungsvermögen in der ärztlichen Beurteilung unter den ausdrücklichen Vorbehalt der Durchführung befähigender Massnahmen gestellt wird. Aus beruflich-erwerblicher Sicht können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (SVR 2011 IV Nr. 30 S. 88 E. 4.2.2; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 10. September 2010, 9C\_768/2009, E. 4.1).

Der Ausnahmetatbestand, wonach die Verwaltung die Notwendigkeit (vorgängiger) befähigender beruflicher Massnahmen trotz wiedergewonnener Arbeitsfähigkeit abzuklären hat, ist grundsätzlich auf Sachverhalte zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.3).

**5.2** Die formalen Voraussetzungen zur weiteren Prüfung unter dem Aspekt dieser besonderen Rechtsprechung des Bundesgerichts sind erfüllt. Der Beschwerdeführer stand zwar im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Revisionsverfügung vom 20. März 2015 (AB 120) erst im 54. Alters-

jahr (AB 67.1 S. 146), jedoch hatte er bereits seit über 17 Jahren ununterbrochen eine ganze Rente bezogen (AB 67.1 S. 110 ff.). Vorliegend ist hingegen nicht bloss auf diese formalen Aspekte, sondern vielmehr auf die medizinische und insbesondere psychiatrische Einschätzung der Ressourcen und Fähigkeitsprofile abzustellen. Danach ist der Beschwerdeführer bei entsprechender Motivation in der Lage, sich an Regeln und Routinen anzupassen, Aufgaben, welche seinem Kenntnisstand entsprechen, zu planen und zu strukturieren (AB 90.1 S. 21 und 24). Der darauf beruhenden Empfehlung der Gutachter, berufliche Integrationsmassnahmen in Erwägung zu ziehen, jedoch dabei Anforderungen an Leistungen und Präsenz langsam zu steigern (AB 90.1 S. 25), ist deshalb nicht im Rahmen von weiteren Abklärungsmassnahmen vor der Renteneinstellung, sondern im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen nach Art. 18 (Arbeitsvermittlung) und 18b (Einarbeitungszuschuss) IVG, worauf der Beschwerdeführer gegebenenfalls – die entsprechende Motivation, welche innerhalb der therapeutischen Begleitung zu erreichen ist, vorausgesetzt – Anspruch hat, Rechnung zu tragen. Dabei kann offen bleiben, ob der Beschwerdeführer angesichts seiner verschiedenen früheren ... (bei der ..., ..., ... und ...) sowie seiner Integriertheit in das gesellschaftliche Leben (Hundespaziergänge, Fitness + Kraft, Sauna), nicht sogar über die nötigen Ressourcen verfügt, um sich selbst einzugliedern. Die Beschwerdegegnerin durfte damit die Rentenleistung ohne vorgängige Prüfung und Durchführung von Integrationsmassnahmen aufheben.

**5.3** Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung die bisherige Rente unter Berücksichtigung von Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) zu Recht auf das Ende des der Verfügung folgenden Monats aufgehoben. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

## **6.**

**6.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder

Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG), dies unter Vorbehalt der nachfolgend zu prüfenden unentgeltlichen Rechtspflege.

**6.2** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Prozessarmut ist mit den eingereichten Unterlagen ausgewiesen. Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Verhältnisse rechtfertigen eine Verbeiständung. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin lic. iur. B.\_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin ist demnach gutzuheissen. Somit ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien. Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwältin lic. iur. B.\_\_\_\_\_.

**6.3** Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwert-

steuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte vom 20. Oktober 2010 (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 12. Juni 2015 macht Rechtsanwältin lic. iur. B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 1'516.-- (7.58 Std. à Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 43.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 124.70 (8 % auf Fr. 1'559.--), total Fr. 1'683.70, geltend. Diese Kostennote ist nicht zu be-  
anstanden. Entsprechend ist demnach Rechtsanwältin lic. iur. B. \_\_\_\_\_ eine Entschädigung von Fr. 1'683.70 (inkl. Auslagen und MWSt.) aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 ZPO.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin lic. iur. B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Rechtsanwältin lic. iur. B. \_\_\_\_\_ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'683.70 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwältin lic. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.