

200 15 393 IV
GRD/ZID/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. September 2015

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Bundesgerichtsentscheid vom 30. April 2015 (Rückweisung an
Vorinstanz / IV 1099/14)



Sachverhalt:

A.

Der 1967 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich unter Hinweis auf seit längerem bestehenden Diabetes im Juni 2004 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen (AB 5 ff.) wies die IVB das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 7. September 2004 ab mit der Begründung, bei einer vollständigen Alkoholabstinenz und einem gut eingestellten Diabetes wäre ihm die bisherige Tätigkeit weiterhin in einem vollen Arbeitspensum zumutbar (AB 9). Diese Verfügung blieb unan-gefochten.

B.

Nachdem sich der Versicherte im Juni 2009 erneut bei der IVB angemeldet (AB 12) und diese mit Vorbescheid vom 8. Juni 2010 zunächst wieder eine Abweisung des Leistungsbegehrens mit der Begründung, ohne die Alkoholsucht wäre der Diabetes gut behandelbar und die Hypoglykämien könnten verhindert werden, in Aussicht gestellt hatte (AB 39), liess sie ihn neuropsychologisch untersuchen (Bericht vom 23. März 2011; AB 57) und alsdann durch die C. _____ (MEDAS) polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 14. Oktober 2011; AB 64.1). Entsprechend annullierte die IVB den Vorbescheid (AB 49) und ersetzte ihn mit einem solchen vom 29. November 2011, in welchem sie gestützt auf einen ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 55% eine halbe Rente ab 1. März 2010 in Aussicht stellte (AB 66). Nach erhobenem Einwand durch die Pensionskasse des letzten Arbeitgebers (AB 69, 71) verfügte die IVB am 1. bzw. 21. Februar 2012 (AB 76 f.) wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt. Auf eine hiergegen von der Pensionskasse erhobene Beschwerde trat das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Entscheid vom 27. Februar 2012, IV/12/2007, nicht ein (AB 79).

C.

Im Rahmen einer im Juni 2014 eingeleiteten Revision von Amtes wegen gingen der Versicherte (AB 102/1 Ziff. 1.1) und der Hausarzt (AB 103/1 Ziff. 1) von einem gleich gebliebenen Gesundheitszustand aus. Entsprechend teilte die IVB dem Beschwerdeführer am 30. Juli 2014 mit, er habe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (IV-Rente; unveränderter IV-Grad von 55% [AB 105]). Damit zeigte sich der Versicherte, vertreten durch die B. _____, unter Verweis auf ein Schreiben des Hausarztes vom 12. September 2014 (AB 108/2) nicht einverstanden (AB 108/1), worauf die IVB am 14. Oktober 2014 eine beschwerdefähige Verfügung erliess (AB 110).

D.

Auf eine gegen die Verfügung vom 14. Oktober 2014 (AB 110), gerichtete, am 15. November 2014 datierte und am 17. November 2014 der Post übergebene Beschwerde trat das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Entscheid vom 7. Januar 2015, IV/14/1099, nicht ein. Diesen Entscheid hob das Bundesgericht auf Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hin mit Urteil vom 30. April 2015, 8C_101/2015, auf und wies die Sache an die Vorinstanz zurück, damit diese über die ihr eingereichte Beschwerde vom 15. November 2015 befinde.

Auf die mit prozessleitender Verfügung vom 7. Mai 2015 eingeräumte Möglichkeit zur Einreichung von Schlussbemerkungen verzichteten beide Parteien.

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 – nach der Rückweisung der Sache gemäss Bundesgerichtsentscheid vom 30. April 2015 – nach wie vor die Verfügung vom 14. Oktober 2014 (AB 110), mit welcher die Beschwerdegegnerin mangels Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur ursprünglich rentenzusprechenden Verfügung vom 1. Februar 2012 (AB 76) den Anspruch auf eine halbe IV-Rente bestätigte. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und dabei insbesondere, ob die laufende halbe Rente zu erhöhen ist.

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.

Der Beschwerdeführer macht vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs bzw. eine Verletzung der Begründungspflicht in der angefochtenen Verfügung (AB 110) geltend. Er beanstandet, eine inhaltliche Begründung fehle weitgehend (Beschwerde, S. 4 Art. 5).

2.1 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181).

2.2 Die angefochtene Verfügung vom 14. Oktober 2014 (AB 110) erweist sich – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – als hinlänglich begründet. Die Beschwerdegegnerin hat sich mit den entsprechenden Vorbringen des Beschwerdeführers zwar nicht im Einzelnen auseinandergesetzt, ihrer Begründungspflicht kam sie aber trotzdem nach, indem sie ausführte, weshalb sie nicht von einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes ausging. Damit hat die Beschwerdegegnerin die wesentlichen Überlegungen genannt, von denen sie sich leiten liess und auf welche sie ihre Verfügung stützte, was hinreichend ist (vgl. E. 2.1 hier vor). Die Rüge der Verletzung des rechtlichen Gehörs erweist sich somit als unbegründet.

2.3 Soweit der Beschwerdeführer mit seinen Einwänden eine Verletzung der Pflicht zur vollständigen und richtigen Sachverhaltsfeststellung

geltend macht, handelt es sich nicht um eine Frage des rechtlichen Gehörs, sondern um eine Frage der materiellen Richtigkeit der Verfügung, welche nachfolgend zu prüfen ist (vgl. E. 4 nachfolgend).

3.

3.1 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).

Nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2012 BVG Nr. 14 S. 62 E. 4.4.2).

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

3.3 Für die Bestimmung des IV-Grades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

3.4 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

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

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

dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5.2 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).

3.5.3 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.5.4 In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht im Übrigen auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.6 Ändert sich der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch

hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

3.6.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die 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).

3.6.2 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).

3.6.3 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).

4.

Vorliegend ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglich rentenzusprechenden Verfügung vom 1. Februar 2012 (AB 76) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2014 (AB 110) zu vergleichen und zu prüfen, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad in anspruchrelevanter Weise zu beeinflussen (vgl. E. 3.5 hiavor).

4.1 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 Rentenrevison 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).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen,

welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.3).

4.2 Die ursprüngliche Verfügung vom 1. Februar 2012 (AB 76), mit der dem Beschwerdeführer eine halbe Rente zugesprochen worden ist (AB 76), stützte sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 14. Oktober 2011 (AB 64.1).

4.2.1 Dem polydisziplinären Gutachten zufolge begannen die gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers 1995 mit einer schweren akuten Pankreatitis bei schädlichem Alkoholkonsum. 2003 sei ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus diagnostiziert worden. In der Folge sei es zu zahlreichen Spitalaufenthalten wegen Einstellungsproblemen des Diabetes mellitus und der exokrinen Pankreasinsuffizienz bei Malcompliance und fortgesetztem Alkoholabusus gekommen. Während eines Aufenthalts in einem Pflegeheim von Juni 2009 bis Januar 2010 habe die gesundheitliche Situation stabilisiert werden können. Seither bewohne er wieder eine eigene Wohnung, erhalte das Mittagessen vom Mahlzeitendienst und werde zweimal täglich von der Spitex zur Blutzuckerkontrolle und Insulin-Verordnung besucht. Der Alkoholkonsum sei nicht aufgegeben worden, scheine aber reduziert worden zu sein (AB 64.1/3 Mitte). Gestützt darauf diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Diabetes mellitus, insulinabhängig mit Polyneuropathie, und einen Verdacht auf beginnende alkoholische Encephalopathie nach jahrzehntelangem Alkoholkonsum (ICD-10: F06.7), sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach schwerer Pankreatitis 1995 und eine Tendenz zu orthostatischer Hypotonie (AB 64.1/16 oben). Aktuelles Hauptproblem sei einerseits eine deutliche, wahrscheinlich diabetische Polyneuropathie mit Gangproblemen, die seit Januar 2009 einen Rollator nötig mache, von dem sich der Beschwerdeführer zu entwöhnen versuchen sollte. Das zweite Problem sei eine leichte kognitive Einschränkung bei wahrscheinlich alkoholischer Encephalopathie. Eine gesundheitlich bedingte Arbeitsunfähigkeit von 100% sei seit März 2009 gut nachvollziehbar (vgl. E. 4.1.2 nachfolgend). Eine Wiederaufnahme einer körperlich leichten, ganz überwiegend sitzen-

den Arbeit, die keine grossen Ansprüche an feinmotorische manuelle Geschicklichkeit stelle und auch den leicht eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten Rechnung trage, sollte fortan zu 50% möglich sein. Arbeiten in wechselnden Schichten kämen wegen den Einstellungsproblemen mit dem Diabetes nicht in Frage. Auch eine Tätigkeit in Betrieben mit Alkoholausschank sollte vermieden werden. Zusätzlich sollten Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an Zeit-/Leistungsdruck, Schnelligkeit oder Notwendigkeit komplexen Handelns nicht mehr durchgeführt werden. Vermieden werden sollten weiter Tätigkeiten mit Absturzgefahr oder an laufenden, unfallgefährdeten Maschinen. Auch das Erlernen neuer Arbeitsfelder mit erhöhten intellektuellen Anforderungen würde den Versicherten überfordern (AB 64.1/17 f.).

4.2.2 Der Hausarzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, bescheinigte im undatierten, am 4. August 2009 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht (AB 26) sowie im Verlaufsbericht vom 22. April 2010 (AB 37/1 f.) eine volle Arbeitsunfähigkeit seit Mai 2009 (AB 26/6) bzw. schon seit März 2009 und September 2008 (je mit Unterbrüchen; AB 26/3 Ziff. 1.6; vgl. auch AB 37/1 Ziff. 5). Seit 2001 bestehe eine insulinpflichtige Diabetes und seit 2008 eine schwere Kachexie; es sei im Rahmen dieser Diagnosen zu mehreren Spitalaufenthalten wegen Hypoglykämien und Verwirrungszuständen gekommen (AB 26/3 Ziff. 1.4). Es bestehe eine ausgeprägte Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit; der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, einer Beschäftigung nachzugehen (AB 26/4 Ziff. 1.7), und ihm seien keine beruflichen Tätigkeiten zuzumuten (AB 26/6, 37/2 Ziff. 2 ff.).

4.3 Hinsichtlich des Verlaufs des Gesundheitszustands nach Erlass der Verfügung vom 1. Februar 2012 (AB 76) ergibt sich aus den medizinischen Unterlagen das Folgende:

4.3.1 Gemäss Bericht des Spitals E. _____ vom 20. Februar 2013 (AB 103/8 f.) unterzog sich der Beschwerdeführer am 14. August 2012 einer Rückfussarthrodese durch Marknagelung links bei Charcot-Arthropathie mit Luxationsfraktur OSG links, wobei die Marknagelentfernung am 11. Januar 2013 erfolgte. Er habe keine Schmerzen bei Belastung und benutze zur Sicherheit weiterhin einen Gehstock.

4.3.2 Im Rahmen einer Hospitalisation im Spital F. _____ vom 3. bis 7. Januar 2014 (Bericht vom 7. Januar 2014; AB 103/10 f.) wurden eine Refluxösophagitis Grad C bei insuffizientem Kardiaschluss, der Verdacht auf Barrettösophagus, eine exokrine Pankreasinsuffizienz, ein pankreatopriver Diabetes mellitus und ein Status nach chronischem Alkoholabusus bis Februar 2010 diagnostiziert. Unter einer Behandlung mit hochdosiertem Protonenpumpeninhibitor sowie Ulcogant seien die geschilderten Beschwerden stark rückläufig gewesen. Gemäss Verlaufskontrolle vom 14. Juli 2014 war der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt beschwerdefrei (AB 103/4).

4.3.3 Der Hausarzt ging im Verlaufsbericht vom 18. Juli 2014 (AB 103/1 ff.) von einem stationären Gesundheitszustand aus; seit der letzten Diagnosestellung habe sich keine Änderung ergeben (AB 103/1 Ziff. 1 f.). Der Beschwerdeführer sei seit September 2008 weiterhin zu 100% arbeitsunfähig (AB 103/1 Ziff. 5; vgl. vgl. E. 3.1.2 hiervor). Eine ergänzende medizinische Abklärung hielt der Hausarzt nicht für angezeigt (AB 103/2 Ziff. 8).

Mit Schreiben vom 12. September 2014 (AB 108/2) bestätigte der Hausarzt gegenüber der Vertreterin des Beschwerdeführers eine deutliche Verschlechterung dessen Gesundheitszustandes in den letzten zwei bis drei Jahren wegen eines schweren chronischen Alkoholabusus bis 2010 mit daraus folgendem pankreatogenem Diabetes mellitus, exokriner Pankreasinsuffizienz und schwerer Kachexie. Seiner Ansicht nach sei es durchaus berechtigt, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner sehr schweren Erkrankung und der zunehmenden Verschlechterung des Allgemeinzustandes als voll arbeitsunfähig anzusehen sei und eine ganze IV-Rente beziehen könne.

Mit weiterem Schreiben vom 5. November 2014 zuhanden der Beschwerdegegnerin (AB 111) führte der Hausarzt aus, er habe im Revisionsfragebogen (AB 103) dem Umstand zu wenig Rechnung getragen, dass der Beschwerdeführer unter einer chronischen, sehr schweren Erkrankung leide, welche im Verlauf der Jahre progredient sei und zu einer kontinuierlichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes mit letztendlich vollständiger Invalidität und sehr wahrscheinlich einem frühen Tode führen werde.

Aus hausärztlicher und medizinischer Sicht könne nicht davon ausgegangen werden, dass er je wieder einer Arbeitstätigkeit werde nachgehen können. Deshalb sei die Möglichkeit einer Erhöhung auf eine ganze IV-Rente in Betracht zu ziehen.

4.4 Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 1. Februar 2012 (AB 76) basierend auf einem ausführlichen polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 14. Oktober 2011 aufgrund eines somatischen Gesundheitsschadens mit diabetischer Polyneuropathie und leichten kognitiven Defiziten bei alkoholischer Encephalopathie (rückwirkend) ab 1. März 2010 eine halbe Rente bei einem IV-Grad von 55% zugesprochen; eine leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit ohne grosse Anforderungen an die feinmotorische manuelle Geschicklichkeit und die kognitive Leistungsfähigkeit wurde zu 50% als zumutbar erachtet (vgl. E. 4.2.1 hiervor). Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.

4.4.1 Dem Gutachten zufolge (AB 84.1/17 unten) lässt sich das Krankheitsgeschehen aufgrund der vorhandenen Arzt- und Spitalberichte gut nachvollziehen. Die Polyneuropathie sei erstmals 2009 erwähnt und werde mit dem Diabetes mellitus in Zusammenhang gebracht. In einer neuropsychologischen Untersuchung (vgl. Bericht vom 23. März 2011; AB 57) würden leichte kognitive Defizite im Rahmen einer wahrscheinlich alkoholischen Enzephalopathie beschrieben, die mit der Einschätzung des begutachtenden Psychiaters übereinstimmten und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% ergäben.

4.4.2 Weiter wird eine gesundheitlich bedingte Arbeitsunfähigkeit von 100% seit März 2009 bis zur Begutachtung als gut nachvollziehbar bezeichnet (AB 64.1/17 oben). Damit scheinen die Gutachter Bezug auf die vom Hausarzt im undatierten, am 4. August 2009 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht zu nehmen, der (nebst dem Zeitraum vom 5. September bis 31. Dezember 2008) vom 18. März bis 7. April 2009 und vom 5. Mai 2009 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (AB 26/3 Ziff. 1.6; vgl. auch AB 21/7 und AB 21/5). In diesem Zeitraum erfolgte eine Hospitalisation vom 19. bis 26. März 2009, nachdem der Beschwerdeführer sechs Monate zuvor die Diabetes-Therapie und die Substitutionstherapie gegen die exokrine Pankreasinsuffizienz mit Creon

von sich aus abgesetzt hatte; es bestand zudem eine erhebliche Kachexie (Gewicht von noch 42 kg; AB 22/12 ff.). Vom 5. bis 14. Mai 2009 kam es zu einer erneuten Hospitalisation wegen eines unklaren multifaktoriellen Verwirrheitszustands bei mittelschwerer Hyponatriämie, schwerer Malnutrition und Alkoholabusus sowie pankreatopriven Diabetes mellitus (AB 22/2 ff.). Nochmals eine Hospitalisation erfolgte vom 25. Mai bis 17. Juni 2009 wegen rezidivierenden schweren Hypoglykämien und einer Aspirationspneumonie, wobei erneut über Hyponatriämien unklarer Ätiologie und über eine problematische psychosoziale Situation bei chronischem Alkoholüberkonsum sowie Kachexie berichtet wurde (AB 22/7 ff.). Vom 17. Juni 2009 bis 31. Januar 2010 schliesslich war der Beschwerdeführer in einem Pflegeheim untergebracht, worauf er nach Stabilisierung der Situation (laufende Gewichtszunahme, besser eingestellter Diabetes, keine Halluzinationen mehr, selbstständiges Gehen) in eine eigene Wohnung entlassen worden ist (AB 24, 34). In Anbetracht dessen ist seine bisherige Tätigkeit als kaum mehr möglich bezeichnet worden; indem aber eine Abklärung, welche regelmässige Tätigkeit er noch ausführen könnte, dringend angeregt worden ist, erschien schon damals eine angepasste Tätigkeit nicht von vornerein ausgeschlossen (AB 34/2 Ziff. 7).

4.4.3 Die Gutachter erachteten den Beschwerdeführer aufgrund der eben dokumentierten Besserung des Gesundheitszustandes (vgl. E. 4.4.2 hier vor) in einer angepassten Tätigkeit seit der Begutachtung in einem Pensum von 50% als arbeitsfähig (AB 64.1/17 f.); ob allenfalls schon etwas früher von einer teilweise Arbeitsfähigkeit hätte ausgegangen werden können, lasse sich in Ermangelung von dafür verbindlichen Daten nicht sicher sagen (AB 64.1/14 Mitte).

4.5 Anders als die Gutachter geht der Hausarzt im Bericht vom 18. Juli 2014 weiterhin ununterbrochen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (Arbeitsunfähigkeit von 100% seit 5. September 2008; AB 103/1 Ziff. 5; vgl. auch AB 108/2 und 111), dies bei stationärem Gesundheitszustand (AB 103/1 Ziff. 1), unveränderten Diagnosen (AB 103/1 Ziff. 2 f.) und ohne Notwendigkeit ergänzender medizinischer Abklärungen (AB 103/2 Ziff. 9). Nicht einmal zwei Monate später hält er in einem ergänzenden, jedoch nicht unterzeichneten Bericht vom 12. September 2014 (AB 108) fest, es

sei wegen eines schweren chronischen Alkoholabusus bis 2010 mit daraus folgendem pankreatogenem Diabetes mellitus, exokriner Pankreasinsuffizienz und schwerer Kachexie in den letzten zwei bis drei Jahren zu einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers gekommen. Diesbezüglich hält er im Bericht vom 5. November 2014 (AB 111) fest, er habe im Revisionsfragebogen (AB 103) dem Umstand zu wenig Rechnung getragen dass der Beschwerdeführer unter einer chronischen, sehr schweren Erkrankung leide, welche im Verlauf der Jahre progredient sei und zu einer kontinuierlichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes mit letztendlich vollständiger Invalidität und sehr wahrscheinlich einem frühen Tode führen werde.

4.5.1 Der Hausarzt begründet nicht, weshalb er abweichend vom akten- und gutachtenmässig erstellten gebesserten Gesundheitszustand während des Heimaufenthalts mit anschliessendem Bezug einer eigenen Wohnung (vgl. E. 4.4.2 hiervor) ununterbrochen von einem stationären Gesundheitszustand mit weiterhin voller Arbeitsunfähigkeit ausgegangen ist (AB 103/1). Soweit er gar von einer Verschlechterung spricht, ist dem entgegenzuhalten, dass seit dem polydisziplinären Gutachten (AB 64.1) keine neuen Diagnosen dazugekommen sind, nach Ansicht der Gutachter schon damals eine zufriedenstellende Diabetes-Einstellung hat erreicht werden können (AB 64.1/20 Ziff. 9) und sich auch wieder ein höheres Gewicht (66 kg; AB 64.1/11 Mitte) eingestellt hat. Der Hausarzt gelangt somit bloss zu einer anderslautenden Einschätzung, ohne neue, den Experten bislang unbekannte Aspekte zu benennen (vgl. E. 3.5.3 und 4.1 zweiter Abschnitt hiervor). Insoweit ist davon auszugehen, dass er als Hausarzt eher zugunsten des Beschwerdeführers aussagt (vgl. E. 3.5.4 hiervor) und allenfalls vom in der Medizin verbreiteten und weiter gefassten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell statt dem für die Belange der Rechtsanwendung massgebenden sozialversicherungsrechtlichen Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeht (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299). Unbeachtlich sind vorliegend ohnehin die vorübergehenden und somit nicht invalidisierenden (vgl. E. 3.1 hiervor) Gesundheitsschäden gemäss E. 4.3.1 f. hiervor.

4.5.2 Zu berücksichtigen ist schliesslich, dass der Beschwerdeführer selbst von einem gleich gebliebenen Gesundheitszustand ausgeht

(AB 102/1 Ziff. 1.1). In diesem Zusammenhang macht er weiter geltend, weder regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter noch auf andauernde Pflege und persönliche Überwachung angewiesen zu sein (AB 102/5 f. Ziff. 3); er könne sich unter Beachtung seiner gesundheitlichen Probleme eine leichte Arbeit vorstellen (AB 102/5 Ziff. 2.8) und habe denn auch Bewerbungen geschrieben (AB 102/4 Ziff. 2.7). Hierzu scheint er aber nicht sonderlich motiviert, zumal die Aufnahme einer Tätigkeit seines Erachtens keinen positiven Einfluss auf sein Befinden haben würde, er sich einen Arbeitsversuch nur mässig vorstellen kann und sich diesbezüglich nicht gerade zuversichtlich zeigt (AB 102/2 Ziff. 1.4 ff.). Die Aufnahme einer Teilerwerbstätigkeit scheint somit weniger eine Frage des Könnens, sondern eher eine Frage des Wollens zu sein, zumal er selber von der Möglichkeit einer Teilerwerbstätigkeit ausgeht.

4.6 Nach dem Dargelegten ist eine vom Beschwerdeführer behauptete Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht überwiegend wahrscheinlich. Das Ausmass der (aktuellen) Arbeitsunfähigkeit lässt sich aufgrund dessen nach wie vor anhand des polydisziplinären Gutachtens (AB 64.1) bestimmen. Mangels neuer Diagnosen erweist sich dieses Gutachten weiterhin als schlüssig, zumal es die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen erfüllt (vgl. E. 3.5.1 hiervor). Es besteht deshalb kein Anlass für zusätzliche medizinische Abklärungen, weshalb dem entsprechenden (Eventual-)Antrag in der Beschwerde nicht zu entsprechen ist (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Entsprechend liegt – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – keine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, weshalb der Rentenanspruch nicht weiter zu prüfen ist (vgl. E. 3.6.3 hiervor). Deshalb erübrigen sich denn auch Ausführungen zu den vom Beschwerdeführer nur der Vollständigkeit halber vorgebrachten Hinweisen zum Einkommensvergleich (Beschwerde, S. 5 Art. 7). Mangels eines ausgewiesenen Revisionsgrundes ist somit keine Invaliditätsbemessung (vgl. E. 3.3 hiervor) durchzuführen.

4.7 Damit ist die angefochtene Verfügung (AB 110) nicht zu beanstanden und die Beschwerde 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 (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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