

200 15 422 IV
MAW/SAW/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Mai 2016

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Winiger

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. März 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1957 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt am 14. Oktober 1996 bei einem Arbeitsunfall eine Arm- und Thoraxkontusion rechts mit einem Einklemmungstrauma (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 10 S. 13; 13 S. 30). Am 4. November 2004 meldete er sich unter Hinweis auf dieses Ereignis bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (act. II 3). Die IVB führte daraufhin medizinische und erwerbliche Abklärungen durch (act. II 8; 10), holte die Akten der C._____ (act. II 13) ein und veranlasste bei Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine Begutachtung (vgl. Gutachten vom 13. Juli 2005, act. II 18). Mit Verfügung vom 23. November 2005 sprach die IVB dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine ganze Rente ab dem 1. Dezember 2004 zu (act. II 20; 25) und wies ein in der Folge gestelltes Begehren um Hilflosenentschädigung (act. II 23) gestützt auf einen entsprechenden Abklärungsbericht (act. II 26) mit Verfügung vom 20. April 2006 ab (act. II 27).

Der Anspruch auf eine ganze Rente wurde im Rahmen von ordentlichen Rentenrevisionen am 28. Juli 2008 (act. II 32) und am 3. August 2011 (act. II 41) bestätigt. Mit Verfügung vom 3. Oktober 2008 (act. II 35) hielt die IVB an der Ablehnung der Hilflosenentschädigung fest.

B.

Anlässlich einer eingliederungsorientierten Rentenrevision im April 2014 (act. II 45 ff.) wurde der Anspruch auf Hilflosenentschädigung erneut verneint (vgl. Verfügung vom 3. September 2014, act. II 51). Hinsichtlich der Rentenfrage ordnete die IVB nach Rückfrage mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (RAD) vom 30. September 2014 (act. II 54) eine polydisziplinäre (Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie) Untersuchung an (act. II 55). Gestützt auf das Gutachten der MEDAS E._____ vom 5. Januar 2015 (act. II 61.1) stellte die IVB dem

Versicherten mit Vorbescheid vom 21. Januar 2015 (act. II 63), unter Hinweis auf die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [SchlBest. IV 6/1]; in Kraft seit 1. Januar 2012) des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), bei einem Invaliditätsgrad von 15% die Aufhebung der Rente in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und machte mit Einwand vom 16. März 2015 (act. II 71) geltend, es sei eine weitere psychiatrische Beurteilung vorzunehmen. Mit Verfügung vom 24. März 2015 (act. II 72) hob die IVB die Rente entsprechend dem Vorbescheid per Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats auf.

C.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 11. Mai 2015 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung vom 24. März 2015 sei kostenfällig aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente zu gewähren. Am 31. August 2015 und am 8. September 2015 reichte er zudem weitere Arztberichte ein, die u.a. belegen, dass er seit dem 27. Juli 2015 im Spital F._____, psychiatrische Dienste, ambulante Gesprächstermine wahrnimmt (vgl. Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3 f.).

Mit Beschwerdeantwort vom 9. Oktober 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde; eventualiter mit substituierter Begründung, dass ein Revisionsgrund gemäss Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) vorliege.

Im Rahmen der Replik vom 19. Januar 2016 bestätigte der Beschwerdeführer die gestellten Rechtsbegehren und gab einen weiteren Arztbericht zu den Akten (act. I 5). Die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 19. Februar 2016 an ihren Ausführungen und Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 ATSG 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 IVG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 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 24. März 2015 (act. II 72). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die laufende ganze Rente zu Recht auf Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats – mithin per Ende April 2015 – aufhob.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

2.2.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führt im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn

die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287).

2.2.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.3 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 Invali-

ditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

2.4 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).

2.4.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 134 V 131 E. 3 S. 132).

2.4.2 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).

2.4.3 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 ausschlag-

gebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.4.4 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

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).

2.5.1 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).

2.5.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

2.6 Gemäss lit. a SchIBest. IV 6/1 werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind (Abs. 1). Davon nicht erfasst sind Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (Abs. 4). Als relevanter Anknüpfungspunkt für den über 15-jährigen Rentenbezug gilt der Beginn des Rentenanspruchs und nicht das Datum der (rechtskräftig erlassenen) Rentenverfügung (BGE 139 V 442 E. 4.3 S. 450).

3. Zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der umstrittenen Rentenaufhebung. Hierzu ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 23. November 2005 (act. II 20) mit demjenigen im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 24. März 2015 (act. II 72) 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. 2.4 hiavor). Die Bestätigungen der laufenden Rente mittels Mitteilungen vom 28. Juli 2008

(act. II 32) und vom 3. August 2011 (act. II 41) sind vorliegend unbeachtlich, da diesen keine hinreichende materielle Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen zugrunde gelegen hat (vgl. E. 2.4.2 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. 2.4.3 hiervor).

3.1 Der Rentenzusprechung im Jahr 2005 (act. II 20) lag in medizinischer Hinsicht insbesondere das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 13. Juli 2005 (act. II 18) zugrunde. Darin wurden Panikattacken mit Hyperventilation (ICD-10 F41.0, F45.33), ein mittelschwer depressives Zustandsbild (ICD-10 F34.9), eine hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2), eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und ein Status nach Arm- und Thoraxkontusion von rechts mit Einklemmungstrauma am 14. Oktober 1996 diagnostiziert (S. 5 Ziff. 4). Der Explorand habe sich vorerst nach dem Arbeitsunfall am 14. Oktober 1996 gut erholt. Bei einer ersten Rückfallmeldung am 22. Mai 1997 sei eine ängstliche Grundhaltung festgestellt worden; somatisch habe bis auf ein leicht gelockertes rechtes Sternoclaviculargelenk mit starker Druckdolenz kein objektiver pathologischer Befund erhoben werden können. Einer weiteren Rückfallmeldung am 26. März 2004 habe ein nach der Arbeit am 17. Dezember 2003 erfolgter unklarer Anfall (wahrscheinlich Panikattacke mit Hyperventilation) zu Grunde gelegen (S. 5). Weiter führte Dr. med. D. _____ aus, der Versicherte leide insgesamt an einem erheblichen psychiatrischen und psychosomatischen Krankheitszustand. Schon vor dem „unklaren Anfall“ am 17. Dezember 2003 sei er immer wieder als ängstliche Persönlichkeit beschrieben worden. Auch bei der Begutachtung habe er einen ängstlichen Eindruck gemacht und insbesondere starke hypochondrische Ängste gezeigt. Indem er seine Ängste und Sorgen dauernd in seinen Körper projiziere, scheine es zu einem Teufelskreis gekommen zu sein. Bei dieser einfach strukturierten Persönlichkeit bestehe keine Möglichkeit einer psychotherapeutischen Beeinflussung des Beschwerdebildes. Der Versicherte sei innerlich sehr eingeeengt und total auf sein Leiden fixiert, wobei dieses schon erheblich chronifiziert sei. Die Prognose dürfte nicht gut sein; im bisherigen Verlauf habe die Symptomatik insgesamt deutlich zugenommen und der Versicherte sei zunehmend auch im Alltag invalidisiert. Hier trage sicher

auch das Umfeld, insbesondere die Ehefrau bei, die dem Versicherten jederzeit zu Hilfe komme und sich – sicher auch soziokulturell bedingt – überhaupt nicht abzugrenzen scheine. Seit dem 17. Dezember 2003 attestierte Dr. med. D. _____ eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 6).

3.2 Bis zur angefochtenen Verfügung vom 24. März 2015 (act. II 72) finden sich im Wesentlichen folgende Unterlagen:

3.2.1 In den Verlaufsberichten vom 30. Juni 2008 und vom 20. Juni 2011 (act. II 31; 40) gab der Hausarzt, Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, an, der Gesundheitszustand sei stationär und habe sich nicht verbessert. Im Bericht vom 30. Mai 2014 (act. II 47 S. 3 ff.) führte er aus, objektiv lägen eine Schonhaltung und schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen, vor allem des rechten Armes und thorakal, vor, bei erstaunlicherweise gutem Ausbau der Muskulatur (S. 4 Ziff. 12 f.). Sein Patient habe eine ungünstige Entwicklung durchgemacht, wobei es nicht möglich gewesen sei, die Negativspirale aufzuhalten. Die invalidisierenden Schmerzen zwängen den Patienten subjektiv, sich immer mehr in die Abhängigkeit von der Familie zu begeben. Dies wohl auch unbewusst in dem Sinne, als er jahrelang für die Familie geschaut habe und jetzt wo es ihm schlecht gehe, diese zu ihm schauen müsse. Dazu gebe er alle seine Lebensgewohnheiten auf und schränke sich auf ein paar Spaziergänge und ein bisschen Grosskinderhüten sowie Fernsehen ein (S. 5). In Bezug auf die Erwerbsfähigkeit gab Dr. med. G. _____ an, schätzungsweise wäre eine Präsenzzeit von einem halben Tag möglich, wobei bei geeigneten Massnahmen eventuell mit einer Steigerung gerechnet werden könne. Hierbei sei entscheidend, das Vertrauen des Patienten zu gewinnen und ihn behutsam zu motivieren (S. 3 Ziff. 4 ff.).

3.2.2 Der RAD-Arzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seiner Beurteilung vom 30. September 2014 (act. II 54 S. 4 f.) fest, dass seit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache offenbar keine relevanten somatischen Störungen, insbesondere auch keine Unfallfolgen, vorgelegen hätten; seither und bislang seien nur Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus dem psychiatrischen Fachgebiet gestellt worden. Eine adäquate psychotherapeutische Behandlung habe anscheinend nie stattgefunden, dies möglicherweise auch aufgrund der

persönlichen Voraussetzungen des Versicherten (schlechte Sprachkenntnisse, geringe Introspektions- und Differenzierungsfähigkeit). Inzwischen sei ein chronifizierter Zustand mit Schmerzausweitung eingetreten, der aus unterschiedlichen – nicht zuletzt aus soziokulturellen und psychosozialen – Gründen zementiert sei und wenig Veränderungschancen erkennen lasse. Im Weiteren erscheine auffallend, dass der Versicherte, trotz seiner schmerzbedingten Schonhaltung und Immobilität, am rechten Arm „erstaunlicherweise“ kein muskuläres Defizit aufweise. Insgesamt müsse die medizinische Sachlage als unklar eingeschätzt werden, weshalb weitere medizinische Abklärungen notwendig seien.

3.2.3 Das MEDAS-Gutachten vom 5. Januar 2015 basiert auf den Beurteilungen in den Fachgebieten Innere Medizin, Orthopädie/Traumatologie, Neurologie und Psychiatrie. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellen die Gutachter folgende Diagnosen (S. 18 f. Bst. F):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

- Röntgenologisch altersassoziierte degenerative Aufbrauchbefunde der Wirbelsäule insgesamt, nebenbefundlich lumbosakrale Assimilationsstörungen mit Sakralisation L5

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)
- Angegebener Analgetika-Abusus einschliesslich Opioid-Konsum (ICD-10 F11.1), jedoch ohne laborchemischen Wirkstoffspiegelnachweis
- Status nach Arbeitsunfall mit Quetschung der rechten Schulter-Arm-Region und des Thorax, Schmerzausweitung, keine somatischen Unfallfolgen
- Aktuell im Rahmen der Röntgenuntersuchung des Thorax beschriebener Verdacht einer hilären Lymphadenopathie, Empfehlung einer zusätzlichen CT-Abklärung
- Arterielle Hypertonie
- Tinnitus und Schwerhörigkeit links

Aus internistischer und neurologischer Sicht konnten keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (act. II 61.4 S. 5 Ziff. 4; 61.5 S. 5 Ziff. 4).

Im Rahmen der orthopädischen/traumatologischen Begutachtung (act. II 61.3) wurde festgehalten, der Explorand zeige eine massiv schmerz- und leidensgeprägte Körpersprache; er bewege sich motorisch massiv verlangsamt, den Oberkörper schmerzgequält vornübergebeugt und mit schmerzverzerrtem Gesicht. Zum An- und Auskleiden erkläre er sich für alleine unfähig; seine Ehefrau müsse dies erledigen. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) habe wegen den erheblichen Schmerzbekundungen in sämtlichen HWS-Bewegungsabschnitten nur partiell überprüft werden können. Die Mitteilungen über eine ausserordentlich intensive Schmerzauslösung bei der Palpation der posterioren Nackenmuskulatur stünden dem objektiven Palpationsbefund einer bilateral normotonen posterioren Nackenmuskulatur entgegen. Auch die übrigen Halsweichteile seien unauffällig. Bei der Prüfung der Wirbelsäule, des Rumpfes und des Schultergürtels der oberen Extremitäten seien keine Defizite feststellbar gewesen. Es bestehe eine seitengleiche Bemuskelung der Ober- und Unterarme; Zeichen einer z.B. schmerzbedingten längerfristigen Schonhaltung/Inaktivitätsatrophie lägen keine vor. Auch im Bereich des übrigen Bewegungsapparates seien keine muskulären Defizite auszumachen. Bei der Röntgenabklärung der Wirbelsäule insgesamt sei eine kongenitale, lumbosakrale Assimilationsstörung mit einer vollständigen Sakralisation von L5 beschrieben worden, wobei in dieser Region keine subjektiven Beschwerden beklagt worden seien. Die röntgenologische Normvariante gelte denn auch nicht als krankheitswertig. Im Übrigen hätten sich mässig ausgeprägte altersassoziierte Aufbrauchbefunde ohne Discopathien und im Bereich der rechten Schulter eine minimale Ansatzendinopathie der Subscapularissehne am Tuberculum minus gezeigt. Eine Pathologie im Bereich des rechten Sternoclaviculargelenkes liege nicht mehr vor. Zusammenfassend seien die vom Versicherten geltend gemachten Folgen des Kontusionsereignisses weder klinisch funktionell noch radiologisch feststellbar. Der Versicherte sei allen alters- und konstitutionsadäquaten leichten und gelegentlich mittelschweren Arbeiten gewachsen. Die frühere Tätigkeit in einer ..., die wahrschein-

lich auch mit mittelschweren und schweren körperlichen Belastungen einhergehe, sollte nicht mehr zugemutet werden (act. II 61.3 S. 7 ff. Ziff. 5).

Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, legte im psychiatrischen Teilgutachten vom 16. Dezember 2014 (act. II 61.2) dar, der Explorand rücke anlässlich der Exploration Schmerzen am ganzen Körper in den Vordergrund. Mit Blick auf die durch somatische Befunde nicht bzw. nur unzureichend erklärbaren Schmerzen und körperbezogenen Symptome müsse die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie einer undifferenzierten Somatisierungsstörung gestellt werden, zumal sich psychobiographische Belastungsfaktoren darstellten. Offenkundig sei es zudem zu einer sekundären Symptomausweitung gekommen, verknüpft mit ausgeprägter Selbstlimitierung bei dysfunktionaler Schmerzverarbeitung. Einzelne histrionische Anklänge fänden sich ferner in der Darstellung der Beschwerdesymptomatik. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere daraus allerdings nicht. Es mangle an einer ausreichend schweren Komorbidität. Insbesondere könne die depressive Symptomatik nicht bestätigt werden; die diagnostischen Algorithmen einer mittelschweren oder gar schweren Depression seien nicht erfüllt. Es fänden sich lediglich einzelne depressive Merkmale, aber selbst die Annahme einer leichten depressiven Episode auf dem Boden der hier erhobenen Befunde sei nicht zu begründen. Des Weiteren lasse sich die in der Vergangenheit diagnostizierte Angsterkrankung mit Panikstörung nicht weiter erhärten. Der Versicherte verneine auf wiederholtes Befragen ausdrücklich Gefühle von Angst, auch im Zusammenhang mit den beschriebenen, passageren, paroxysmal auftretenden körperlichen Symptomen wie Herzklopfen, Globusgefühl und Atemnot. Auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) lasse sich nicht begründen; weder die Merkmale nach ICD-10 noch gemäss DSM IV seien erfüllt. Ferner finde sich auch keine gravierende somatische Komorbidität, welche eine Unüberwindbarkeit der Schmerzen begründen könnte. Von einem primären Krankheitsgewinn könne man sich darüber hinaus ebenso wenig überzeugen, wie von Therapieresistenz. Eine angemessene, kontinuierliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei bisher nicht erfolgt. Auch aus der möglichen (iatrogenen) Opioid-Abhängigkeit mit langjährigem Konsum von M-Retard resultiere keine Beeinträchtigung der Ar-

beitsfähigkeit. Dabei beständen zudem Zweifel an der Compliance und dem Leidensdruck, da die Einnahme von Analgetika widerlegt habe werden können und der Versicherte selber angegeben habe, die Schmerzintensität werde durch die Einnahme der Analgetika nicht beeinflusst. Aus rein psychiatrischer Optik sei der Versicherte in der Lage, sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wie auch seiner körperlichen Konstitution, seinem Ausbildungs- und Kenntnisstand angepasste Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt täglich zu achteinhalb Stunden ohne Minderung der Leistungsfähigkeit zu verrichten (act. II S. 9 ff. Ziff. 5).

Die Gutachter hielten nach durchgeführter Konsensbesprechung fest, gegenüber den Voruntersuchungen sei eine wesentliche Veränderung eingetreten. Zwar würden Symptome einer somatoformen Schmerzstörung weiterhin beklagt, jedoch seien die seinerzeitig relevanten Begleitkrankheiten wie Angststörung, Depression, PTBS nicht mehr nachweisbar bzw. bestünden diese lediglich in subsyndromaler Ausprägung. Die frühere Tätigkeit in einer ... sei wahrscheinlich auch mit mittelschweren und schweren körperlichen Belastungen einhergegangen und sollte nicht mehr zugemutet werden. Leidensadaptierte Tätigkeiten könne der Versicherte vollumfänglich ohne Minderung der Leistungsfähigkeit ausüben (act. II 61.1 S. 20). Der Zeitpunkt der weitgehenden Remission der 2005 beschriebenen, mittelschweren Depression und der Panikstörung lasse sich weder auf dem Boden der anamnestischen Angaben, noch auf der Basis der Angaben im Dossier genau festlegen. Folglich sei spätestens ab dem Gutachtenszeitpunkt von der massgeblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen (act. II 61.1 S. 22).

3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der vorliegend angefochtenen Verfügung (act. II 72) massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 5. Januar 2015 (act. II 61.1) gestützt. Die Gutachter haben sich in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen

Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gutachten die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5.1 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Darlegungen der Gutachter sind nicht nur für sich allein verständlich und plausibel, sondern lassen sich auch in das vom Hausarzt Dr. med. G. _____ im Bericht vom 30. Mai 2014 (act. II 47 S. 3 ff.) dargelegte Gesamtbild einfügen. Nichts Gegenteiliges ist der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. H. _____ vom 30. September 2014 (act. II 54 S. 5) zu entnehmen. Auf das MEDAS-Gutachten ist somit abzustellen.

Daran vermögen die Einwände des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Insbesondere schadet nicht, dass das MEDAS-Gutachten ohne professionelle Übersetzung durchgeführt wurde (vgl. Beschwerde S. 9 Art. 9; Replik S. 3), geschah dies doch ausdrücklich auf Wunsch des Beschwerdeführers (vgl. act. II 61.1 S. 3 Bst. A). Eine nun diesbezügliche Bemängelung erweist sich als widersprüchlich und ist nicht zu hören, zumal die Verständigungsmöglichkeit von den Gutachtern offenbar als ausreichend eingestuft wurde. Zudem fand bereits die Begutachtung bei Dr. med. D. _____ (act. II 18) ohne Übersetzung statt. Ferner bestehen auch hinsichtlich der aktuellen Behandlungen beim Hausarzt (act. II 47 S. 3 ff.; act. I 3) bzw. bei den psychiatrischen Diensten, Spital F. _____ (act. I 4 f.), keine Hinweise, dass eine Übersetzung notwendig wäre. Im Weiteren kann dem Vorbringen, die Abklärungen seien nicht genügend umfassend gewesen, weil sich z.B. die Behauptung, die Panikattacken seien weggefallen, auf eine einzige Frage an den Beschwerdeführer stützte (vgl. Beschwerde S. 7; Replik S. 3), nicht gefolgt werden. Vielmehr ist festzustellen, dass der Psychiater Dr. med. I. _____ den Beschwerdeführer in der persönlichen Begutachtung vom 15. Dezember 2014 ausführlich und detailliert untersuchte und Letzterer auf wiederholtes Befragen hin explizit Gefühle von Angst, auch in Zusammenhang mit den beschriebenen, passageren, paroxysmal auftretenden körperlichen Symptomen wie Herzklopfen, Globusgefühl und Atemnot verneinte (act. II 61.2 S. 3, 8, 10).

Die im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte (act. I 3 ff.) sind ebenfalls nicht geeignet, den Beweiswert des Gutachtens einzuschränken. Denn diese wurden nach dem Verfügungszeitpunkt erstellt und beziehen sich ausdrücklich nur auf diesen Zeitraum. So wurde die Behandlung im Spital F._____, psychiatrische Dienste, erst am 27. Juli 2015 begonnen (vgl. Bericht vom 3. September 2015, act. I 4) und der Hausarzt Dr. med. G._____ gab in seinem Bericht vom 28. August 2015 (act. I 3) explizit an, der Entzug der Invalidenrente habe beim Patienten eine schwere depressive Episode mit tiefer Hoffnungslosigkeit ausgelöst. Eine allenfalls eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes müsste somit im Rahmen einer Neuanmeldung geltend gemacht werden. Wie von der Beschwerdegegnerin dargelegt (vgl. Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. 20) sind zudem ausschliesslich durch psychosoziale Ursachen bedingte Störungen, welche bei Wegfall der Belastungsfaktoren remittieren, invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant (BGE 130 V 352 E. 2.2.5 S. 355; SVR 2014 IV Nr. 7 S. 30 E. 4.2.3).

3.3.2 Dem schlüssigen und in jeder Hinsicht überzeugenden MEDAS-Gutachten kann entnommen werden, dass insbesondere gegenüber dem Gutachten von Dr. med. D._____ vom 13. Juli 2005 (act. II 18) eine wesentliche Veränderung im Sinne einer Besserung eingetreten ist. So werden zwar Symptome einer somatoformen Schmerzstörung weiterhin geltend gemacht, jedoch sind die seinerzeit relevanten Begleiterkrankungen wie Angststörung, Depression und PTBS nicht mehr nachweisbar bzw. bestehen diese lediglich in subsyndromaler Ausprägung (act. II 61.1 S. 20). Damit liegt ohne weiteres ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG vor, womit der Rentenanspruch im Folgenden frei zu prüfen ist (vgl. E. 2.4.3 hier vor).

Die Beschwerdegegnerin hat die Überprüfung der Rente des Beschwerdeführers im April 2014 gestützt auf die SchlBest. IV 6/1 (vgl. E. 2.6 hier vor) an die Hand genommen (vgl. Verfügung vom 24. März 2015, act. II 72). Wie die hiervor dargelegten Ausführungen zeigen, ist seit der Rentenzusprache eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten, womit ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG zu bejahen ist. Ob ebenfalls ein Revisionsgrund gestützt auf die SchlBest. IV 6/1 vorliegt, kann

somit offen gelassen werden, da der Rentenanspruch des Beschwerdeführers so oder anders frei zu überprüfen ist.

3.4

3.4.1 In somatischer Hinsicht wurden im MEDAS-Gutachten vom 5. Januar 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit röntgenologisch altersassozierte degenerative Aufbrauchbefunde der Wirbelsäule insgesamt, nebenbefundlich lumbosakrale Assimilationsstörungen mit Sakralisation L5 diagnostiziert (act. II 61.1 S. 18). Aufgrund dieser orthopädischen Befunde am Bewegungsapparat erachteten die Gutachter die frühere Tätigkeit in einer ..., die mit Wahrscheinlichkeit auch mit mittelschweren und schweren körperlichen Belastungen einherging, als nicht mehr zumutbar. Hingegen ist der Beschwerdeführer allen alters- und konstitutionsadäquaten leichten und gelegentlich mittelschweren Tätigkeiten vollumfänglich und ohne Minderung der Leistungsfähigkeit gewachsen (act. II 61.1 S. 19 f.). Dieses Zumutbarkeitsprofil ist gestützt auf die Ergebnisse der orthopädisch/traumatologischen Untersuchung vom 20. November 2014 nachvollziehbar begründet und überzeugt. Der Beschwerdeführer macht denn auch nichts Gegenteiliges geltend.

3.4.2 Aus psychiatrischer Sicht wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. II 61.1 S. 18). Vorliegend hat Dr. med. I. _____ die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie die undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) – unter Bezugnahme auf die damals noch massgebend gewesene Rechtsprechung – als mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar qualifiziert und deshalb unter den Diagnosen aufgelistet, welchen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukommt (act. II 61.2 S. 10).

Auch wenn das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. I. _____ vom 16. Dezember 2014 (act. II 61.2) grundsätzlich überzeugt, so kann nicht unbesehen auf seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, denn das Gutachten wurde in zeitlicher Hinsicht vor der mit Urteil vom 3. Juni 2015 eingeleiteten Praxisänderung erstellt (BGE 141 V 281 E. 3.5 S. 294). Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren jedoch nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer ge-

samthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309). Wie nachfolgend aufgezeigt wird, bietet das psychiatrische Teilgutachten hinreichend Aufschluss für die Beurteilung nach den Vorgaben gemäss der neuen Rechtsprechung. Dabei ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Prüfung der Indikatoren vorgenommen hat (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 f.), zumal die Frage nach der invalidisierenden Wirkung eines Krankheitsgeschehens doch keine (allein) vom medizinischen Sachverständigen zu beantwortende Tat-, sondern eine vom Rechtsanwender zu prüfende Rechtsfrage darstellt (vgl. BGE 141 V 281 E. 5 S. 304).

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht übermässig ist. Der Beschwerdeführer gibt einen geordneten Tagesablauf an, bei welchem er meist gegen 7.30 Uhr aufsteht, sich mit Hilfe seiner Ehefrau ankleidet, rasiert und duscht, nach dem Frühstück manchmal den Enkelkindern beim Spielen zusieht und mit den Familienmitgliedern (Ehefrau, Schwiegertochter und vier Kindern) das Mittagessen einnimmt. Nachmittags geht er mindestens eine halbe Stunde spazieren und abends nimmt er im Familienkreis das Nachtessen ein. Danach sitzt er bei der Familie und unterhält sich bis gegen 21.30 oder 22.00 Uhr (act. II 61.2 S. 3 f.). Angesichts dieser Aktivitäten kann kaum von einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz gesprochen werden, was jedoch diagnosespezifisch sein müsste (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 i.V.m. E. 2.1.1 S. 286). Vielmehr erweisen sich in Anbetracht der ge-

nannten Aktivitäten die Darstellungen des Beschwerdeführers gegenüber dem psychiatrischen Gutachter (vgl. act. II 61.2 S. 2), die Schmerzen seien von unerträglichem Charakter und er leide seit 2003 an einer Schmerzintensität auf der Schmerzskala von nonstop 10/10, als unglaubwürdig. Betreffend Behandlungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer an den ihm im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (act. II 72 S. 3) erklärten Wiedereingliederungsmassnahmen kein Interesse zeigte und sich erst nach der Rentenaufhebung in psychiatrische Behandlung begeben hat (vgl. act. I 4 f.). Im Weiteren geht – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 7; Replik S. 3) – aus den Akten hervor, dass eine Einnahme von Psychopharmaka nicht nachgewiesen ist und diesbezüglich eine bewusste Falschangabe naheliegt (vgl. act. II 61.2 S. 9). Diese Tatsachen sprechen nicht nur gegen das Vorliegen einer schweren und therapeutisch nicht mehr angehbaren psychischen Störung, sondern auch gegen das Vorhandensein eines Leidensdrucks. Im Weiteren findet sich keine von der Schmerzkrankheit losgelöste eigenständige psychische Störung (act. II 61.2 S. 10). Da am Bewegungsapparat nur geringe orthopädische Befunde bestehen (act. II 61.3 S. 7 f.), sind psychische oder somatische Komorbiditäten, die dem Beschwerdeführer Ressourcen rauben würden, zu verneinen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). In der Primärpersönlichkeit wirkt der Beschwerdeführer eher selbstunsicher-asthen und dependent. Diese Persönlichkeitsmerkmale sind in der Psychobiographie zurückzuverfolgen, aber nicht derart ausgeprägt, dass eine Persönlichkeitsstörung vorläge (act. II 61.2 S. 8). Demnach sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass in der Persönlichkeit des Beschwerdeführers krankheitswertige Umstände vorliegen, welche ein Leistungsvermögen ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302). Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt eine funktionierende Ehe und ein enger und sehr guter familiärer Zusammenhalt. So kann der Beschwerdeführer insbesondere auf die Unterstützung der Ehefrau, der beiden Töchter, des Sohnes und der Schwiegertochter zählen und erfreut sich an der Entwicklung seiner vier Enkelkinder (act. II 61.2 S. 3). Auch mit einem Bruder, der ebenfalls in der Schweiz wohnt, besteht ein guter Kontakt. Alle ein bis zwei Monate trifft er sich mit diesem, wobei er manchmal auch dessen Familie sieht. Ferner erlebt er die Nachbarschaft als freundlich, indem man sich grüsse, einen guten Tag und ei-

nen guten Weg wünsche und ein paar Worte wechsle (act. II 61.2 S. 6). Der Lebenskontext hält dem Beschwerdeführer folglich genügend mobilisierbare Ressourcen bereit. Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist schliesslich festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer zwar nach dem Motto: „Er hat jahrelang für die Familie geschaut und jetzt wo es ihm schlecht geht, muss diese zu ihm schauen“ (vgl. Bericht des Hausarztes vom 30. Mai 2014; act. II 47 S. 5) eingerichtet hat, jedoch nach der Einschätzung des Gutachters in der Lage ist, den von ihm demonstrierten Hilfebedarf willentlich zu modulieren (act. II 61.2 S. 9). Dieses Verhalten lässt mit Blick auf die gesamten Umstände demnach nicht auf einen krankheitsbedingten Rückzug und auf verminderte Ressourcen schliessen, sondern vielmehr auf einen sekundären Krankheitsgewinn (BGE 141 V 281 2.2.1 S. 289). Zeigt sich doch vorliegend insbesondere eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten und wurde auch keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen. Ob dadurch ein Ausschlussgrund im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung vorliegt, kann – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausgeführt hat (vgl. Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 17) – offen bleiben. Denn mit Blick auf die massgebenden Indikatoren ist so oder anders erstellt, dass weder bezüglich der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung noch in Bezug auf die undifferenzierte Somatisierungsstörung ein invalidisierender Gesundheitsschaden mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit besteht.

3.4.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gestützt auf das schlüssige und voll beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 5. Januar 2015 eine seinem Alter und seiner Konstitution angepasste Tätigkeit vollumfänglich und ohne Minderung der Leistungsfähigkeit ausüben kann. Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb sich – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 8 Art. 8) – weitere Beweiserhebungen erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

4.

4.1

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 (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 pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.2 Für den Einkommensvergleich ist grundsätzlich auf den Zeitpunkt der Rentenrevision abzustellen (Entscheidung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 12. Februar 2004, I 607/03, E. 7.2.1). Das Bestehen eines Revisionsgrundes – und damit des Revisionszeitpunktes – ist gemäss den Angaben im MEDAS-Gutachten ab dem Gutachtensdatum (5. Januar 2015) erstellt (act. II 61.1 S. 22), so dass die Vergleichseinkommen auf das Jahr 2015 hin zu bestimmen sind.

4.2.1 Aufgrund der Akten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin an seinem angestammten Arbeitsplatz als Mitarbeiter der ... in unverändertem Umfang tätig wäre, weshalb das Valideneinkommen aufgrund des zuletzt – ohne Invalidität – erzielten Lohnes festzusetzen ist. Gemäss den Angaben in der rentenzusprechenden Verfügung vom 23. November 2005 (act. II 20) hätte er im Jahr 2002 Fr. 61'100.-- erzielt. Dies ergibt auf das massgebliche Jahr 2015 aufgerechnet ein jährliches Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 70'355.90 (Fr. 61'100.-- : 110.9 [2002] x 127.7 [2015]; Bundesamt für Statistik [BFS], Nominallohnindex 1993 – 2010; 2011 – 2015, Tabelle T1.93, Total Männer).

4.2.2 Der Beschwerdeführer hat nach gutachterlicher Klärung seines Leistungsvermögens keine Verweisungstätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen, weshalb das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne zu ermitteln ist (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Ausgehend vom Zumutbarkeitsprofil der MEDAS-Gutachter und aufgrund des Umstandes, dass der Beschwerdeführer keine Berufsausbildung abgeschlossen hat (act. II 61.2 S. 5 Ziff. 2.4), rechtfertigt es sich vorliegend auf das Total des Kompetenzniveaus 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der LSE 2012, Tabelle TA1, abzustellen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt dabei Fr. 5'210.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) und auf das massgebende Jahr 2015 aufgerechnet resultiert daraus ein jährliches Einkommen von Fr. 66'319.65 (Fr. 5'210.-- : 40 x 41.7 x 12 : 125.5 [2012] x 127.7 [2015] vgl. BFS, Nominallohnindex 2011 – 2015, Tabelle T1.93, Total).

Der von der Beschwerdegegnerin zugestandene Abzug von 10% (act. II 72 S. 3) ist angemessen und trägt allen allfälligen einkommensbeeinflussenden gesundheitsbedingten Aspekten genügend Rechnung. Das fortgeschrittene Alter wirkt sich bei Hilfsarbeiten nicht zwingend lohnsenkend aus. Das Alter des Beschwerdeführers (Jahrgang 1957) stellt keinen Abzugsgrund dar, da als Verweistätigkeit auch Hilfsarbeiten im gesamten Privatsektor ins Auge gefasst werden. Einerseits werden Hilfsarbeiten auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt und andererseits wirkt sich das Alter im Bereich der einfachen und repetitiven Tätigkeiten des Anforderungsniveaus 4 bei männlichen Arbeitnehmern im Alterssegment von 50 bis 63/65 jedenfalls nicht lohnsenkend aus (Entscheid des BGer vom 14. April 2010, 9C_130/2010, E. 3.3.3). Ein anderweitiger persönlicher oder beruflicher Umstand, der einen höheren Abzug rechtfertigen würde, ist nicht ersichtlich. Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 59'687.70 (Fr. 66'319.65 x 0.90) im Jahr.

4.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 70'355.90 und einem Invalideneinkommen von Fr. 59'687.70 resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 15% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es liegt damit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr vor (vgl. E. 2.3 hier vor).

5.

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

Die Rechtsprechung hat 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 Inva-

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 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 für eine Ausnahmekonstellation gemäss der vorerwähnten Rechtsprechung sind erfüllt, hatte der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Revisionsverfügung vom 24. März 2015 (act. II 72) doch das 55. Altersjahr zurückgelegt. Aus den Akten folgt, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens während einem persönlichen Gespräch auf die Möglichkeit von Massnahmen zur Wiedereingliederung aufmerksam gemacht hat (act. II 72 S. 3), dieser jedoch bisher auf diesen Anspruch verzichtet hat. Im Weiteren ist anzumerken, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund der subjektiven Einschätzung seines Gesundheitszustandes keine – wie auch

immer geartete – Tätigkeit vorstellen kann (act. II 61.2 S. 6 Ziff. 2.5) und die Gutachter die Prognose als zweifelhaft eingestuft haben, da beim Beschwerdeführer kaum eine Veränderungsmotivation bestehe (act. II 61.1 S. 21). Die Durchführung beruflicher Massnahmen erscheint daher mit Blick auf den fehlenden Eingliederungswillen zufolge einer stark ausgeprägten Krankheits- und Behindertenüberzeugung als zum Vornherein aussichtslos. Daran ändert nichts, dass diese regressive Verweigerungshaltung aus psychiatrischer Sicht willentlich beeinflussbar wäre (act. II 61.2 S. 9), blieb doch der Beschwerdeführer bisher auch in therapeutischer Hinsicht resistent und in seiner Hilfsbedürftigkeit auf seine Familie fixiert (act. I 5). Ausserdem unterliegen die dem Beschwerdeführer zumutbaren Hilfsarbeiten keinen besonderen Qualifikationen, womit auch unter diesem Gesichtspunkt keine befähigenden Massnahmen erforderlich sind. Folglich bestehen weder aus medizinischer noch aus beruflicher-erwerblicher Sicht Gründe für eine ausnahmsweise (bzw. vorläufige) Nichtanrechenbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin vor Aufhebung der Rente, mithin vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. März 2015 (act. II 72), keine Wiedereingliederungsmassnahmen gewährt und die Rente per Ende April 2015 aufgehoben hat.

6. Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin die bisherige ganze Invalidenrente in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 und Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV zu Recht auf das Ende des der Zustellung der Verfügung vom 24. März 2015 (act. II 72) folgenden Monats aufgehoben. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

7.

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

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.

7.2 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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