

200 15 860 IV
KNB/JAP/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. Mai 2016

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Fürsprecherin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. September 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1962 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 22. Juni 1997 unter Hinweis auf eine Nervenkrankheit mit teilweiser Lähmung bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II], 37.1/77-82). Diese sprach ihm mit Verfügung vom 24. November 1998 (act. II 37.1/11-15) bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab 1. Oktober 1997 eine ganze Invalidenrente zu und gewährte ihm mit Verfügung vom 8. Dezember 1998 (act. II 37.1/1 f.) ab demselben Zeitpunkt eine Hilflosenentschädigung wegen einer leichtgradigen Hilflosigkeit. Diese Ansprüche wurden im Rahmen von ordentlichen Revisionen in den Jahren 2000 (act. II 11 f.), 2003 (act. II 19 f.) und 2008 (act. II 30 f.) bestätigt.

B.

Anlässlich einer weiteren von Amtes wegen eingeleiteten Revision (act. II 39) ging die IVB gestützt auf Einschätzungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 45 f., 56) sowie eine Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung (AMA; act. II 59) von einem verbesserten Gesundheitszustand aus und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 35 %. Mit Verfügungen vom 24. bzw. 25. November 2011 (act. II 83 f.) hob sie die Invalidenrente und die Hilflosenentschädigung per Ende des der Zustellung der Verfügungen folgenden Monats auf.

Auf Beschwerde hin (act. II 88) zog die IVB die Verfügung vom 24. November 2011 (act. II 83) betreffend die Invalidenrente pendente lite in Wiedererwägung (act. II 90), worauf das Beschwerdeverfahren mit Prozessurteil des Verwaltungsgerichts vom 17. Februar 2012, IV/2012/25 (act. II 93), diesbezüglich als erledigt vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben wurde. Mit Urteil vom 27. August 2012, IV/2012/26 (act. II 124), wies das Verwaltungsgericht die Beschwerde gegen die Verfügung vom 25. November 2011 (act. II 84) betreffend die Hilflosenentschädigung ab.

Nach einer abgebrochenen beruflichen Abklärung (act. II 118) ermittelte die IVB basierend auf Beurteilungen des RAD (act. II 125, 135, 147) einen Invaliditätsgrad von 21 % und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 19. Juni 2015 (act. II 148) erneut die Aufhebung der Invalidenrente in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 149, 153) verfügte die IVB am 3. September 2015 entsprechend dem Vorbescheid die Rentenaufhebung per Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats (act. II 155).

C.

Mit Eingabe vom 24. September 2015 erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecherin B._____, Beschwerde und beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig und ersatzlos aufzuheben.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Dezember 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur

Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 3. September 2015 (act. II 155). 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 31. Oktober 2015 – aufgehoben hat.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

2.3.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. 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 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

2.3.2 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 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).

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

Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsab-

klärung, eine Beweismwürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

3.

3.1 Der Anspruch auf die am 24. November 1998 (act. II 37.1/11-15) zugesprochene ganze Invalidenrente wurde mit Verfügungen vom 23. November 2000 (act. II 12), 27. November 2003 (act. II 19) und 16. Oktober 2008 (act. II 30) bestätigt. Diese Verwaltungsakte fussten jedoch nicht auf einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung und Beweismwürdigung, es wurden lediglich Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte eingeholt (act. II 9, 16, 28) bzw. von der Ausgleichskasse der Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; act. II 29) ediert. Weil die entsprechenden Verfügungen keine den Anforderungen entsprechende Vergleichsbasis darstellen, ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 24. November 1998 (act. II 37.1/11-15) mit jenem der angefochtenen Verfügung vom 3. September 2015 (act. II 155) zu vergleichen und zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Veränderung eintrat, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.3 hiavor).

3.2 Die rechtskräftige Verfügung vom 24. November 1998 (act. II 37.1/11-15) basierte in medizinischer Hinsicht auf den Berichten des Spitals C._____ (act. II 37.1/58-61, 37.1/66 f.), der Klinik D._____ (act. II 37.1/62-65) sowie des damaligen Hausarztes (act. II 37.1/41, 37.1/73-75).

3.2.1 Am 20. Oktober 1996 entwickelten sich beim Beschwerdeführer schnell progredient eine aufsteigende Lähmung, zuerst der unteren, dann der oberen Extremitäten, sowie distal sensible Ausfälle. Vom 22. Oktober bis 11. November 1996 war er deshalb im Spital C._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht der Klinik E._____ vom 8. November 1996 (act. II 37.1/58 f.) wurden als Diagnosen ein Verdacht auf akute Polyradikulitis sowie multiple Allergien und bronchiale Hyperreaktivität vermerkt. Die Ärzte

fürten mehrere Plasmapheresen durch und erklärten, am ehesten handle es sich um eine Polyradikulitis, eventuell mit begleitender Myelitis, die seit dem 29. Oktober 1996 erfreulich schnell regredient sei, so dass der Beschwerdeführer mit einer guten Prognose bezüglich weiterer Regredienz zur Rehabilitation in die Klinik D._____ habe verlegt werden können. Sie attestierten bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.2.2 Im Bericht der Klinik D._____ vom 30. Dezember 1996 (act. II 37.1/62-65) über die stationäre Rehabilitation vom 11. November bis 20. Dezember 1996 figurieren als Diagnosen ein Guillain-Barré-Syndrom, multiple Allergien und bronchiale Hyperreaktivität sowie ein Verdacht auf ein Klinefelter-Syndrom. Zu entnehmen ist, dass bei Austritt eine Gehfähigkeit ohne Stöcke bestanden habe und die Sensibilitätsverminderung – bis auf Residuen in den Fingerspitzen bzw. den Fussrücken beidseits – regredient gewesen sei. Die Kraft in den Beinen sei proximal vollständig zurückgekehrt, distal sei sie noch leicht vermindert gewesen. Sie bescheinigten bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, empfahlen eine ambulante Physiotherapie und erachteten eine «Berufsberatung» für angezeigt.

3.2.3 Anlässlich einer ambulanten Verlaufskontrolle vom 24. Juni 1997 im Spital C._____ gingen die Ärzte insgesamt von einer Verbesserung der Krankheitssymptomatik aus. Sie führten unter anderem aus, der Beschwerdeführer mit Status nach Guillain-Barré habe nach wie vor residuelle neurologische Störungen vorzuweisen, insbesondere Sensibilitätsstörungen an den Fingerspitzen und eine Koordinationsproblematik bei fraglicher linksseitiger Störung der Tiefensensibilität. Die Kraft sei subjektiv und objektiv besser geworden, es falle allerdings eine Überlagerung der Symptomatik durch Aggravation auf (act. II 37.1/66 f.).

3.2.4 Der Hausarzt Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab im Bericht vom 15. Juli 1997 (act. II 37.1/73-75) an, in der bisherigen Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, der Beschwerdeführer könne wohl leichte Arbeiten mit den Händen langsam ausführen, sei aber durch die Hyposensibilität der Finger behindert. Er sei nach zirka einer Stunde Stehen und Gehen erschöpft; der Gang sei durch die Hypästhesie der Füsse etwas ataktisch, es bestünden nach wie vor Fuss-

parenen. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sei, vorerst zeitlich beschränkt, zumutbar.

Im Attest vom 19. Dezember 1997 (act. II 37.1/41) beschrieb Dr. med. F._____ eine im Rahmen der beruflichen Abklärung (act. II 37.1/37 f.) eingetretene akute Zustandsverschlechterung mit Zunahme des neurologischen Defizits an allen vier Extremitäten und akuter Sprachstörung mit stotternder Artikulation. Der Beschwerdeführer habe vor der Berufsabklärung zuhause schrittweise seine häusliche bzw. handwerkliche Aktivität gesteigert und auch im Gehen Fortschritte gemacht, die vorbestehende Kapazität habe er aber noch lange nicht erreicht.

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 3. September 2015 (act. II 155) basiert auf Einschätzungen verschiedener RAD-Ärztinnen. Diesbezüglich lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.3.1 Im Rahmen der von Amtes wegen eingeleiteten Revision (act. II 39) wurde der Beschwerdeführer am 1. November 2010 durch die RAD-Ärztin med. pract. G._____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht (act. II 44 f.). Diese diagnostizierte hauptsächlich eine Residualsymptomatik bei Status nach möglicher Polyradikulitis im Jahr 1996; Hinweise auf eine psychische Störung stellte sie hingegen nicht fest. Zusammenfassend ging sie davon aus, dass die subjektiv beeinträchtigenden Reizerscheinungen im Bereich der unteren Extremitäten im Tagesgeschehen keine Auswirkungen zeitigten und bei zehnjähriger Berentung sicher eine Dekonditionierung eingetreten sei. Nach einer Rekonditionierung sei aus neurologischer Sicht langfristig ein 80%iges Pensum in einer leidensadaptierten Tätigkeit (überwiegend sitzende leichte Arbeiten mit kurzen Gehstrecken auf ebenem Grund in geschlossenen ausreichend beleuchteten Räumen, ohne Schichtdienst und Nachtarbeit) zumutbar.

3.3.2 Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in einer Stellungnahme vom 5. November 2011 (act. II 46) zusätzlich eine allergische Diathese als massgebende Diagnose auf, wogegen sie das Klinefelter-Syndrom den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuordnete. Sie ergänzte das von med. pract. G._____ formulierte Zumutbarkeitsprofil dahingehend, dass die Arbeitsumgebung zusätz-

lich über gute lufthygienische Verhältnisse verfügen sollte. Der berufliche Wiedereinstieg bzw. berufliche Massnahmen sollten aufgrund der Dekonditionierung zu Beginn in einem Pensum von 50 % erfolgen; langfristig könne mit einem Arbeitspensum von 80 % gerechnet werden.

3.3.3 Anlässlich der vom 18. April bis 15. Mai 2011 in der Band-Genossenschaft durchgeführten AMA wurde der Beschwerdeführer von med. pract. I. _____, praktische Ärztin, beurteilt. Sie bestätigte das von med. pract. G. _____ formulierte und von Dr. med. H. _____ ergänzte Zumutbarkeitsprofil, wobei sie darüber hinaus auch Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Feinmotorik als unzumutbar erachtete. Des Weiteren sollten wegen der allergischen Diathese mit leichtem Asthma bronchiale Expositionen mit Latex und Tierhaaren vermieden werden und das Arbeitsumfeld möglichst staubfrei sein. Bei allfälligen Arbeiten im Freien sei zu beachten, dass auch eine Allergie auf Pollen und Pilzsporen nachgewiesen worden sei (act. II 56, 59/8 f. Ziff. 7).

Nachdem der neue Hausarzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 15. September 2011 (act. II 80/2 f.) weitere Diagnosen gestellt und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte, hielt med. pract. I. _____ am 7. Oktober 2011 an ihrer Einschätzung fest (act. II 82).

3.3.4 Mit der Beschwerde vom 9. Januar 2012 wurden unter anderem medizinische Berichte des Zentrums für Schlafmedizin des Spitals C. _____ ins Recht gelegt (act. II 88/24-30). Nach der Wiedererwägung (act. II 90) der Verfügung vom 24. November 2011 (act. II 83), einem vorzeitigen Abbruch der beruflichen Abklärung in der ... (act. II 118), sowie weiteren aufgelegten Attesten von Dr. med. J. _____ (act. II 112) nahm Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, im Rahmen einer Sprechstunde vom 2. Juli 2012 eine Aktenbeurteilung vor. Sie führte aus, es bleibe etwas unklar, inwiefern sich der Beschwerdeführer von seiner Lähmung (Guillain-Barré) erholt habe und gewisse bleibende Schäden vorhanden seien. Am von med. pract. G. _____ im November 2010 formulierten Zumutbarkeitsprofil habe sich jedoch nichts geändert (act. II 111).

Eine medizinische Begutachtung erachtete Dr. med. K._____ in ihrer Stellungnahme vom 21. September 2012 (act. II 125) als nicht notwendig.

3.3.5 Med. pract. G._____ nahm Bezug auf den Verlaufsbericht von Dr. med. J._____ vom 2. Juli 2012 (act. II 112/1 f.) und erklärte in ihrer Aktenbeurteilung vom 13. Februar 2013 (act. II 130), das Zumutbarkeitsprofil vom November 2010 habe weiterhin Bestand. Die vom Hausarzt beschriebenen psychosozialen Faktoren und die in der AMA beschriebenen motivationalen Störungen könnten keinem neurologischen Störungsbild zugeordnet werden. Auf neurologischem Fachgebiet fänden sich keine neuen Störungen, die medizinisch abgeklärt werden müssten.

3.3.6 Auf Empfehlung von Dr. med. K._____ (act. II 135) holte die Beschwerdegegnerin über den Hausarzt zusätzliche Berichte ein, insbesondere über eine Notfallkonsultation im Spital L._____ vom 18. Juni 2011 nach Zeckenstichen (act. II 139/45 f.) bzw. einer Untersuchung vom 22. Juni 2012 ebendort nach einem «Kollaps» mit Verdacht auf Lungenembolie (act. II 139/18). Dr. med. J._____ hielt im dazugehörigen Formularbericht vom 11. Januar 2014 (act. II 139/1-7) an seiner Einschätzung einer bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit fest.

Dr. med. K._____ setzte sich mit den neuen Berichten in ihrer Stellungnahme vom 8. Mai 2015 (act. II 147) auseinander und gelangte zum Schluss, dass es keine neuen medizinischen Erkenntnisse gebe, die zugestellten Berichte teilweise zusätzliche Inkonsistenzen zeigten und auf die Beurteilung aus dem Jahre 2013 abgestellt werden könne. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer in einem 100%igen Pensum eine 80%ige Leistung zumutbar. Weitere Abklärungen brauche es nicht mehr.

3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Her-

kunft 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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubewerten. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach

Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.5

3.5.1 In beweisrechtlicher Hinsicht ist aufgrund der medizinischen Aktenlage vorab unklar, ob im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 3. September 2015 (act. II 155) im Vergleich zur Situation im Referenzzeitpunkt im Jahr 1998 (vgl. E. 3.1 hiervor) eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist – mithin ein Revisionsgrund (vgl. E. 2.3.1 hiervor) vorliegt.

Die Allergien sowie das Klinefelter-Syndrom waren bereits früher (letzteres zumindest als Verdachtsdiagnose) bekannt (act. II 37.1/58, 37.1/62) und haben an einem entsprechend adaptierten Arbeitsplatz bzw. unter adäquater Therapie von vornherein keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Was den Verlauf der in Betracht gezogenen Polyradikulitis (Guillain-Barré-Syndrom) anbelangt, wurde im VGE IV/2012/26 (E. 3.4; act. II 124/15) zwar erwogen, mit Blick auf die RAD-Untersuchung von med. pract. G. _____ vom 1. November 2010 (act. II 45) sei eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes ohne weiteres erstellt, diese Erwägung betraf jedoch die hier nicht massgebende Frage der Hilflosigkeit. Hinzu kommt, dass hier die Sachverhaltsentwicklung bis im September 2015 zu berücksichtigen ist (vgl. E. 3.1 hiervor) und der Untersuchungsbericht von med. pract. G. _____ vom 4. November 2010 (act. II 45) aufgrund des Zeitablaufs diesbezüglich keine taugliche Entscheidungsgrundlage mehr bilden kann. Des Weiteren ist unklar, ob im besagten Bericht allenfalls bloss eine unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel unerhebliche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2) erfolgte. So erklärte diese RAD-Ärztin, bereits im Jahr 1997 sei ein deutlich regredienter normalisierter neurologischer Untersuchungsbefund erhoben worden (act. II 45/5), womit sie allenfalls zum Ausdruck brachte, bereits damals habe keine Basis zur Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bestanden. Auch Dr. med. K. _____ nahm an, die wahrscheinliche neurologische Störung habe sich schon 1997 weitgehend erholt gehabt und differentialdiagnostisch hätten ab 1997 «Störungen nicht medizinischer Grundlage» vorgele-

gen (act. II 125/7). Tatsächlich gingen die Ärzte des Spitals C._____ in der ambulanten Verlaufskontrolle vom 24. Juni 1997 insgesamt von einer Verbesserung der Krankheitssymptomatik aus und diagnostizierten einen *Status nach* akuter Polyradikulitis (act. II 37.1/67). Dr. med. F._____ postulierte im Juli 1997 eine (nicht quantifizierte) Teilarbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit (act. II 37.1/75 Ziff. 3) und gab im Dezember 1997 – trotz zwischenzeitlicher Exazerbation – an, dass der Beschwerdeführer die häusliche bzw. handwerkliche Aktivität gesteigert und auch im Gehen Fortschritte gemacht habe (act. II 37.1/41). Im Rahmen der erstmaligen Berentung wurde die medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit nicht näher abgeklärt, sondern offenbar allein auf die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie das faktisch präsentierte Leistungsvermögen während der beruflichen Abklärung im ... (...; act. II 37.1/37 f.) abgestellt (act. II 37.1/30). Ob die ursprüngliche Verfügung vom 24. November 1998 (act. II 37.1/11-15) vor diesem Hintergrund in wiedererwägungsrechtlichem Sinne zweifellos unrichtig war und ein allenfalls fehlender Revisionsgrund dadurch substituiert werden könnte (vgl. BGE 140 V 85 E. 4.2 S. 87, 125 V 368 E. 2 S. 369), ist hier nicht zu prüfen. Denn selbst unter der Prämisse eines gegebenen Revisionsgrundes wäre der medizinische Sachverhalt für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes nicht hinreichend abgeklärt, was auch bei einer substituierten Begründung gälte.

3.5.2 Zwar nahm med. pract. G._____ nach ihrer Untersuchung vom 1. November 2010 (act. II 45) nochmals im Februar 2013 eine Einschätzung der neurologischen Sachlage vor (act. II 130), sie führte jedoch keine klinische Verlaufsuntersuchung durch und stützte sich allein auf die damals unvollständigen Akten, obwohl Dr. med. J._____ im Juli 2012 über eine starke Symptomzunahme mit konsekutiver Hospitalisation während der Abklärung in der ... berichtet hatte (act. II 112/1 f.). Sie stellte auf die früheren Befunde aus dem Jahr 2010 ab und nahm zu den im Januar 2014 edierten Berichten des Spitals L._____ (act. II 139/18, 139/45 f.) nicht mehr Stellung; eine aktuelle neurologische Beurteilung liegt damit nicht vor.

Die verschiedenen Aktenberichte der Dres. med. K._____ und H._____ sowie med. pract. I._____ erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.4 hiervoor) nicht, womit auf diese ebenfalls

nicht abgestellt werden kann. Die Einschätzungen dieser RAD-Ärztinnen erfolgten aus rein allgemeininternistischer Optik, wobei sie allesamt auf die neurologische Problematik fokussierten und das von med. pract. G._____ im Jahr 2010 formulierte Zumutbarkeitsprofil übernahmen bzw. ergänzten (act. II 46/5, 56/4, 59/9, 111/1, 130/2, 147/8). Obwohl für Dr. med. K._____ unklar blieb, inwiefern sich der Beschwerdeführer von seiner Lähmung erholt (act. II 111/1) bzw. er tatsächlich ein ihn behinderndes Sensibilitätsdefizit in den Fingern habe (act. II 147/4), ortete sie keinen weiteren Abklärungsbedarf (act. II 125/7, 147/9), sondern begründete die Diskrepanzen zwischen den objektiven Befunden und den geklagten Beschwerden mit einer Selbstlimitierung oder sozialen Ursachen (act. II 147/3, 147/5 f.). In der Tat beschrieb Dr. med. J._____ psychosoziale Belastungsfaktoren (act. II 112/2; Akten des Beschwerdeführers [act. I], 5/1), aus seinen Berichten ergeben sich indes ebenso Anhaltspunkte für psychische Beschwerden (starke emotionale Verletzlichkeit, depressive Reaktionen, Suiziddrohungen [act. II 112/2, 139/4 Ziff. 1.7]). Zudem wurde schon im November 2011 seitens des Spitals C._____ auch für die Tagesschläfrigkeit eine psychiatrische Ursache vermutet (act. II 88/27). Die Psychiaterin med. pract. G._____ fand im November 2010 noch keine Hinweise auf eine psychische Störung (act. II 45/5), insbesondere die seitens des Hausarztes nunmehr gemachten Angaben lassen sich indes nicht ohne psychiatrische Beurteilung mit der Feststellung von Dr. med. K._____ beseitigen, eine Depression sei nicht eingetreten (act. II 147/6). Ebenso wenig genügt hierfür der Umstand, dass keine diesbezügliche Medikation erfolgt oder Therapie in Anspruch genommen wird (Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. II Ziff. 4). Erst wenn fachärztlich geklärt ist, ob allenfalls eine psychiatrische Erkrankung vorliegt, könnte eine davon ausgehende Invalidisierung geprüft werden bzw. eine Abgrenzung der psychosozialen Faktoren (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2) erfolgen. Insoweit sind die Berichte von Dr. med. J._____ – wenngleich sie ebenfalls lediglich aus allgemeininternistischer Fachoptik stammen – zumindest geeignet, Zweifel an den Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztinnen zu begründen.

4.

4.1 Insgesamt ergibt sich ein breites Spektrum subjektiv geklagter Beschwerden mit teilweise diffuser Ausprägung und ungeklärter Ätiologie, wobei die medizinischen Einschätzungen der involvierten Ärzte divergieren. Eine aktuelle und umfassende beweiskräftige medizinische Beurteilung fehlt sowohl in Bezug auf die Frage des Vorliegens eines Revisionsgrundes als auch im Hinblick auf eine (freie) Prüfung des Rentenanspruchs ab 1. November 2015. Bei dieser Ausgangslage durfte die Beschwerdegegnerin nicht ohne Einholung eines externen Gutachtens allein gestützt auf Stellungnahmen des RAD entscheiden. Weil der medizinische Sachverhalt somit nicht rechtsgenügend erhoben wurde, ist die Sache zur weiteren Abklärung des Gesundheitszustandes an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) eine interdisziplinäre Begutachtung zu veranlassen, für welche die Disziplinen der Neurologie sowie der Psychiatrie und – soweit nach dem Dafürhalten der Beschwerdegegnerin bzw. der nachmaligen Gutachterstelle erforderlich (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 353) – auch weitere Fachrichtungen beizuziehen sind. Die Expertise wird insbesondere auch den höchstrichterlichen Anforderungen hinsichtlich der Frage nach revisionsbegründenden Veränderungen zu genügen haben (vgl. SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2; Entscheid des BGer vom 30. September 2015, 8C_162/2015, E. 2.2). Bei der Formulierung der Gutachterfragen ist der Eventualität Rechnung zu tragen, dass sich eine den psychosomatischen Beschwerden im Sinne von BGE 141 V 281 zuzuordnende Diagnose offenbaren könnte (Beschwerde S. 11 Ziff. III Art. 15), wobei der Katalog gemäss Anhang zum IV-Rundschreiben Nr. 339 als Leitlinie zu dienen vermag. So oder anders werden sich die Experten jedenfalls auch mit den sich aus den Akten ergebenden Hinweise auf eine allfällige Aggravation (act. II 37.1/67) bzw. Inkonsistenzen (act. II 37.1/58, 88/26 f.) zu befassen haben.

4.2 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 3. September 2015 (act. II 155) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die entsprechenden Sachverhaltserhebungen trifft und danach erneut über den

Rentenanspruch ab 1. November 2015 befindet. Da die Beschwerdegegnerin in der besagten Verfügung einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung entzog und dieser Entzug des sog. Suspensiveffekts auch noch für den Zeitraum des Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verfügung andauert (vgl. BGE 129 V 370; SVR 2013 IV Nr. 37 S. 112 E. 3.1), bleibt die Invalidenrente bis dahin eingestellt.

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Angesichts ihres Unterliegens hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Parteikosten zu ersetzen. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

In der Kostennote vom 6. Januar 2016 hat Fürsprecherin B._____ ein Honorar von Fr. 2'812.50, Auslagen von Fr. 45.60, den Kostenvorschuss von Fr. 800.-- und die Mehrwertsteuer von Fr. 292.65 geltend gemacht. Der Kostenvorschuss wird zurückerstattet; er ist nicht im Rahmen der Parteienschädigung zu vergüten und dementsprechend ist die Mehrwertsteuer auf Fr. 228.65 zu reduzieren. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 3'086.75 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 3. September 2015 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'086.75 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecherin 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.