

200 15 944 IV
LOU/SCM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. November 2016

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. September 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1974 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt im Mai 1994 einen Unfall und bezieht seit dem 1. November 2001 eine ganze Rente (Invaliditätsgrad von 100 %) bzw. seit dem 1. Oktober 2002 eine halbe Rente (Invaliditätsgrad von 63 %) der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV), welche anlässlich der 4. IVG-Revision per 1. Januar 2004 auf eine Dreiviertelsrente erhöht wurde (Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 5 S. 23 f., 51, 58 f., 71). Im Rahmen einer von Amtes wegen durchgeführten Revision tätigte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) neuerliche medizinische Abklärungen, wobei sie im Dezember 2014 eine orthopädische und psychiatrische Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vornehmen liess (AB 89 ff.). Nach Eingang eines anonymen Hinweises, wonach der Versicherte als ... tätig sei und Arbeiten im ... erledige (AB 103), wurde vom September 2014 bis Januar 2015 zudem eine Observation durchgeführt (Bericht über die Beweissicherung vor Ort [BvO] vom 23. März 2015; AB 92). Nachdem der RAD zu den Observationsunterlagen Stellung genommen (AB 98 f.) und die IVB den Versicherten mit den Ergebnissen der BvO konfrontiert hatte (AB 101), sistierte sie die Rentenzahlungen mit Verfügung vom 22. Juli 2015 (AB 102) per sofort. Ferner hob sie die bisherige IV-Rente – nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 105 f., 109) – mit Verfügung vom 28. September 2015 (AB 110) rückwirkend per 31. August 2014 auf und hielt fest, dass für die Zeit ab 1. September 2014 eine unrechtmässige Erwirkung der Rente vorliege, wobei sie hierfür eine separate Verfügung über die Rückerstattung der zu Unrecht bezogenen Leistungen in Aussicht stellte. Einer dagegen erhobenen Beschwerde wurde die aufschiebende Wirkung entzogen.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte am 29. Oktober 2015 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die angefochtene Verfügung aufzuheben und auf die rückwirkende Rentenaufhebung zu verzichten.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. Dezember 2015 wurde das mit der Beschwerde gestellte Gesuch um Befreiung von den Verfahrenskosten infolge verspäteter Ergänzung (vgl. hierzu die prozessleitende Verfügung vom 19. November 2015) als zurückgezogen abgeschrieben.

In der Beschwerdeantwort vom 3. Februar 2016 beantragt die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

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 vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist in den 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 Angefochten ist die Verfügung vom 28. September 2015 (AB 110). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch resp. die Aufhebung der Invalidenrente per Ende August 2014. Über die Rückforderung der seit September 2014 weiterhin bezogenen Rentenleistungen wurde dabei (noch) nicht verfügt, weshalb diese nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 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 (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) 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).

2.3.4 Gemäss dem revidierten Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. b (in Kraft seit 1. Januar 2015) der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) erfolgt die rückwirkende Leistungsanpassung bei einer

Meldepflichtverletzung oder bei einer unrechtmässigen Erwirkung der Leistung unabhängig davon, ob diese ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war.

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

3.

3.1 Der Beschwerdeführer ist zwar ausdrücklich mit der Rentenaufhebung einverstanden (Beschwerde S. 1, AB 109 S. 1), dennoch ist zunächst von Amtes wegen zu prüfen, ob die Revisionsvoraussetzungen erfüllt sind.

Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 15. August 2003 (AB 51) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab 1. November 2001 eine ganze bzw. ab 1. Oktober 2002 eine halbe Invalidenrente zu, welche im Rahmen der 4. IVG-Revision bei unverändertem Invaliditätsgrad per 1. Januar 2004 auf eine Dreiviertelsrente erhöht wurde (AB 58 f.). Letztere wurde mit Mitteilung vom 10. Februar 2010 (AB 71) bestätigt, ohne dass dabei eine umfassende Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen stattgefunden hat. Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden demnach die rentenzusprechende Verfügung vom 15. August 2003 (AB 51) und die nunmehr angefochtene rentenaufhebende Verfügung vom 28. September 2015 (AB 110).

3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 15. August 2003 (AB 51) präsentierte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Wesentlichen wie folgt:

3.2.1 Im Bericht vom 16. Juni 2000 (AB 5 S. 21) hielten die Ärzte des Spitals B._____ einen Status nach Schulterkontusion 1994 sowie eine progrediente Schultersymptomatik im Sinne einer alten Rotatoren- und Supraspinatusläsion fest. Weiter führten die Ärzte aus, die Ruptur der Sehne des Musculus supraspinatus sei ohne vollständigen Ausriss, zudem bestehe eine beginnende AC-Gelenksarthrose sowie ein laterales down sloping des Acromions mit Impingement.

3.2.2 Im Austrittsbericht der Rehaklinik C._____ vom 6. Juli 2001 (AB 46 S. 10 ff.) stellten die Ärzte hauptsächlich die folgenden Diagnosen:

- Funktionsstörung der rechten Schulter
- Myofaszielles Schmerzsyndrom der Schulter- und Nackenregion rechts
- Verdacht auf (vorwiegend) sensible Läsion des unteren Armplexus oder der Wurzel C8
- Anpassungsstörung mit Gereiztheit und Rückzugstendenz (ICD-10 F43.28)

Sieben Monate nach der durchgeführten Schulterarthroskopie, offenen Akromioplastik sowie transossären Refixation (23. Oktober 2000) bestünden noch ausgeprägte Beschwerden. Insgesamt erweise sich die rechte Schulter im Rahmen der Therapie noch als wenig belastbar. Zurzeit könne der dominante rechte Arm lediglich für sehr leichte Tätigkeiten eingesetzt werden. Nicht zumutbar seien Arbeiten, die repetitive Schultergelenksbewegungen erforderten, Arbeiten über Brusthöhe, Arbeiten mit Schlägen oder Vibrationen auf den rechten Arm, Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten.

3.2.3 Die Ärzte des Spitals D._____ führten im Bericht vom 4. Oktober 2001 (AB 12 S. 8 f.) persistierende Schulterschmerzen rechts bei Status nach Trauma am 30. Mai 1994, Verdacht auf frozen shoulder sowie Status nach Akromioplastik rechts am 23. Oktober 2001 (richtig: 23. Oktober 2000) auf. In der klinischen Untersuchung hätten sich keine sicher objektifizierbaren radikulären Ausfallsymptome gezeigt. Zu diskutieren bleibe eine Plexusaffektion, wobei hierfür weder sichere klinische noch elektrophysiologische Befunde nachweisbar gewesen seien.

3.2.4 Anlässlich der Abschlussuntersuchung vom 6. September 2002 (AB 33) stellte der SUVA-Kreisarzt keine Anzeichen einer neurovegetativen Dystonie fest. Weiter fänden sich keine Anzeichen einer radikulären Sym-

ptomatik mit einwandfreien Sehnenreflexen, ohne Anzeichen irgendeiner Atrophie oder funktionellen Störung der Peripherie. Von Seiten des Rumpfes und der unteren Extremitäten bestehe keine Pathologie (S. 6 f.). Zutunbar sei weiterhin (vgl. auch Bericht des SUVA-Kreisarztes vom 25. Oktober 2001 [AB 10 S. 6]) eine Ganztagesbelastbarkeit in einer leicht bis vermutlich mittelschwer belastenden ... Tätigkeit, auch mit dem rechten (dominanten) Arm, wobei die Funktion des Vorderarmes, der Hand und der Finger nicht eingeschränkt sei. Ungünstig seien Tätigkeiten, die das häufig repetitive oder andauernde Anheben des Armes oder Abduzieren notwendig machten, Schläge und Vibrationen sowie (zurzeit) Zwangshaltungen (S. 7).

3.2.5 Im psychosomatischen Konsilium der Rehaklinik C. _____ vom 26. September 2002 (AB 46 S. 4 f.) führten die behandelnden Ärzte aus, es bestehe eine depressive Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21), reaktiv auf Unfall und Unfallfolgen sowie psychosoziale Belastungen, und dissoziative Bewegungsstörungen (ICD-10 F44.4) bei einem maladaptiven Bewältigungsmuster. Aufgrund dieser Diagnosen werde die Arbeitsfähigkeit zusätzlich eingeschränkt und insgesamt auf ca. 50 % geschätzt.

3.2.6 Die Ärzte der Rehaklinik C. _____ hielten in einem weiteren Bericht vom 26. Mai 2003 (AB 46 S. 1 f.) fest, seit der Schulteroperation vom 23. November 2000 (richtig: 23. Oktober 2000) bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bzw. seit dem 1. Oktober 2002 eine solche von 50 % bedingt durch die schmerzhafte Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Schultergelenks in Verbindung mit der zusätzlichen dissoziativen Bewegungsstörung.

3.3 Die nun angefochtene Verfügung vom 28. September 2015 (AB 110) stützt sich massgeblich auf die folgenden medizinischen Berichte:

3.3.1 Am 8. Dezember 2014 wurde der Beschwerdeführer von den RAD-Ärzten Dres. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, untersucht.

Im Bericht vom 18. Dezember 2014 (AB 89) diagnostizierte Dr. med. E. _____ eine persistierende Bewegungseinschränkung und ein sekun-

däres Impingement der rechten Schulter bei Status nach Supraspinatusrefixation, subacromialer Dekompression mit Acromioplastik vom 23. Oktober 2000, eine Chondropathie femorales Gleitlager der Patella mit degenerativen Veränderungen des rechten Knies sowie einen Verdacht auf eine Fasciitis plantaris beidseits. Anlässlich der eigenen Untersuchung habe sich klinisch eine verminderte Beweglichkeit der rechten Schulter mit einem zusätzlichen subacromialen Impingement bei jedoch intakter Rotatorenmanschette und entsprechend guter Kraftentwicklung ergeben. Das MRI habe aktuell keine Anhaltspunkte für eine entzündliche Affektion des Schultergelenks ergeben. Die Muskulatur der Rotatorenmanschette sei kräftig ausgebildet und es ergebe sich kein Hinweis für einen verminderten Gebrauch der rechten oberen Extremität. Zumutbar seien sämtliche leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeiten unterhalb der Schulterhorizontalen mit der rechten oberen Extremität; bezüglich der linken oberen Extremität respektive der unteren Extremitäten liessen sich keine Einschränkungen formulieren. Nicht zumutbar seien Schlag- und Vibrationsbelastungen der rechten Schulter. Eine angepasste Tätigkeit könne in einem ganztägigen Pensum mit einer maximalen Leistungsminderung von 10 bis 15 % – wegen Bewegungseinschränkungen und vermehrter Pausen – zugemutet werden. Bezüglich Geh-, Steh- und Sitzfähigkeit bestünden keine Einschränkungen.

Dr. med. F. _____ führte im Bericht vom 29. Dezember 2014 (AB 91) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine sonstige (anhaltende) Reaktion auf eine schwere Belastung, ICD-10 F43.8, bei Verletzung der rechten oberen Extremität als Folge eines Arbeitsunfallereignisses am 30. Mai 1994 und Operation der rechten Schulter am 23. Oktober 2000 sowie Status nach Anpassungsstörung, ICD-10 F43.28 / F43.21, auf. Differentialdiagnostisch hielt er eine Dysthymia, ICD-10 F34.1, fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien Probleme in Verbindung mit der Ausbildung (ICD-10 Z55) und mit der Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56). Ab dem Zeitpunkt der RAD-Untersuchung (8. Dezember 2014) sei aufgrund der funktionellen psychischen Beeinträchtigungen, im Besonderen einer anzunehmenden verminderten Belastungstoleranz, medizinisch-theoretisch in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % (Arbeits-

zeitpensum von ca. acht Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche) mit einer verminderten Leistungsfähigkeit von 20 % auszugehen.

In der Konsensbeurteilung vom 16. Dezember 2014 kamen die beiden Ärzte überein, dass aus orthopädischer und psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit bei voller Arbeitsfähigkeit (ganztägiges Arbeitspensum) eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 20 % resultiere (AB 90 S. 6, 91 S. 22).

3.3.2 Am 27. Mai 2015 (AB 98 f.) nahmen die RAD-Ärzte Dres. med. E._____ und F._____ zu den Ergebnissen der BvO (AB 92) Stellung.

Dr. med. F._____ führte aus, es ergäben sich keine besonderen Discrepanzen zwischen den Ergebnissen der psychiatrischen Untersuchung und jenen der BvO. Die differentialdiagnostische Überlegung einer Dysthymia, deren Kriterien bereits damals (anlässlich der Untersuchung vom 8. Dezember 2014) nicht gänzlich vorhanden gewesen seien, könne aufgrund der BvO verworfen werden. Das psychiatrische Zumutbarkeitsprofil sei hinsichtlich der Leistungsfähigkeit anzupassen: Aufgrund einer leicht verminderten Belastungstoleranz bestehe in einer angepassten Tätigkeit (ohne besondere psychische Belastungen wie z.B. Übernahme hoher Verantwortung, ohne besonderen Leistungs- und Zeitdruck und ohne komplexe Aufgaben) eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Arbeitszeitpensum von ca. acht Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche) mit einer verminderten Leistungsfähigkeit von 10 % (AB 98 S. 4).

Dr. med. E._____ hielt fest, die Schulter werde gemäss den Ergebnissen der BvO in unbeobachtet geglaubten Situationen weniger in einer Schonhaltung gehalten und sei insgesamt noch besser beweglich als während der Untersuchung gezeigt. Es ergäben sich auch Anhaltspunkte, dass die Kraftminderung der rechten Hand nicht so ausgeprägt sei, wie während der Untersuchung demonstriert. Aus orthopädischer Sicht sei das Zumutbarkeitsprofil demnach ebenfalls leicht anzupassen, indem im unteren Bewegungssegment keine merkbare Funktionseinbusse bestehe, was heisse, dass für ideal angepasste Tätigkeiten keine Leistungsminderung zu erwarten sei (AB 99 S. 2).

Aus orthopädischer und psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht resultiere ab Beginn der BvO (4. September 2014 [vgl. AB 92 S. 3]) in einer angepassten Tätigkeit gesamthaft bei voller Arbeitsfähigkeit (ganztägiges Arbeitspensum) eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 10 % (AB 98 S. 5).

3.4 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).

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 In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 28. September 2015 (AB 110) stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf die Ausführungen der RAD-Ärzte Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 18. und 29. Dezember 2014 sowie vom 27. Mai 2015 (AB 89, 91, 98 f. bzw. E. 3.3 hiervor). Diese hatten Kenntnis der Vorakten und haben sämtliche zur Verfügung stehenden Informationen in ihren Beurteilungen gewürdigt. Die Ausführungen zu den medizinischen Zusammenhängen sind einleuchtend, die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet und es bestehen keine Zweifel an deren Zuverlässigkeit.

sigkeit und Schlüssigkeit. Insgesamt erfüllen die Berichte die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Expertisen (E. 3.4 hiavor), so dass darauf abgestellt werden kann.

3.5.1 In somatischer Hinsicht führte Dr. med. E. _____ im Bericht vom 18. Dezember 2014 nachvollziehbar und überzeugend aus, bei zwar (nach wie vor) verminderter Beweglichkeit der rechten Schulter bestehe in einer angepassten Tätigkeit bei einer maximalen Leistungsminderung von 10 bis 15 % eine ganztägige Arbeitsfähigkeit (AB 89 S. 4). Nach Kenntnis der Bildaufnahmen der (unbestrittenermassen zulässigen [Art. 59 Abs. 5 IVG] und gebotenen) BvO hielt er fest, in ideal angepassten Tätigkeiten sei überhaupt keine Leistungsminderung zu erwarten (AB 99 S. 2). Dies deckt sich im Wesentlichen mit den Angaben der den Beschwerdeführer in den Jahren 2000 bis 2003 behandelnden bzw. untersuchenden Ärzten, wonach in einer den körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit bereits damals von einer ganztägigen Belastbarkeit ausgegangen wurde (vgl. E. 3.2.2 und 3.2.4 hiavor). Auch die Erkenntnisse aus der BvO (vgl. AB 92, 98) vermögen die gegenüber Dr. med. E. _____ geltend gemachten Schmerzen nicht im vom Beschwerdeführer angegebenen Umfang (vgl. AB 89 S. 2) zu bestätigen. Die Bildaufnahmen der BvO zeigen den Beschwerdeführer vor allem beim Autofahren, aber auch beim Training, spazierend sowie beim Einkaufen und zudem Tragen und Einladen von Taschen. Zwar sind keine extremen Bewegungen mit der rechten Schulter zu sehen, aber es ergeben sich auch keine Anhaltspunkte, die eine relevante Behinderung erkennen liessen. Insofern ist in somatischer Hinsicht mit der Anpassung des Zumutbarkeitsprofils zwar eine Veränderung, aber keine revisionsrechtlich wesentliche eingetreten.

3.5.2 Dagegen hat sich in revisionsrechtlicher Hinsicht eine massgebliche Veränderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Situation ergeben. Zu der von den Ärzten der Rehaklinik C. _____ diagnostizierten Anpassungsstörung (vgl. AB 5 S. 8 und 15, 46 S. 1 und 4 bzw. E. 3.2.5 f. hiavor) führte Dr. med. F. _____ im Bericht vom 29. Dezember 2014 überzeugend aus, selbst jene mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) sei gemäss ICD-10 auf eine Dauer von zwei Jahren beschränkt, weshalb die Angaben, wonach eine solche seit 2001 bestanden habe, (diagnos-

tisch) nicht ICD-10-konform sei (AB 91 S. 19; vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 210). Es sei nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer durch die anfänglich möglicherweise nicht richtig erkannte Diagnose der Verletzung der rechten oberen Extremität als Folge eines Arbeitsunfalls im Mai 1994 und einer gemäss seinen Angaben subjektiv nicht erfolgreich verlaufenen Operation der rechten Schulter im Oktober 2000 eine besondere Belastung erfahren habe. Dies insbesondere, als er im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthaltes von Mai bis Juni 2001 (vgl. AB 12 S. 10 ff.) davon ausgegangen sei, dass sich die Beschwerden von Seiten der oberen Extremität möglicherweise nicht mehr bessern würden. Die subjektiv angegebenen und die objektivierbaren Symptome einerseits sowie deren Zusammenhang mit belastenden Ereignissen und einer besonderen Lebensveränderung andererseits seien zwar mit der Diagnose einer Anpassungsstörung vereinbar, da jedoch die beschränkte Dauer von maximal zwei Jahren bereits überschritten worden sei, werde diagnostisch aus dem Kapitel F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ die nicht näher definierte Diagnose „sonstige Reaktionen auf schwere Belastung“ (ICD-10 F43.8) gewählt. Dies stellt nicht allein eine Änderung der Diagnose dar, sondern ist gleichzeitig eine damit notwendigerweise verbundene Änderung des Sachverhalts. Die zur Diskussion gestellte Differentialdiagnose einer Dysthymia (ICD-10 F34.1; AB 91 S. 17) wurde von Dr. med. F._____ nach Kenntnis der Bildaufnahmen der BvO, welche eine Person, die am öffentlichen Leben teilnimmt zeigt, in schlüssiger Weise verworfen (AB 98 S. 3). Selbst wenn eine solche nach wie vor in Erwägung gezogen bzw. allenfalls sogar bejaht würde, handelte es sich dabei praxisgemäss um eine grundsätzlich nicht invalidisierende leichte Beeinträchtigung aus dem depressiven Formenkreis (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 6. März 2014, 8C_806/2013, E. 6.2 sowie SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2). Schliesslich seien bei der RAD-Untersuchung auch die Kriterien für eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4) nicht ausreichend vorhanden gewesen. Im Besonderen habe ein völliger oder teilweiser Verlust der Kontrolle von Körperbewegungen oder Lähmungen, insbesondere der oberen Extremität, nicht festgestellt werden können. Zudem wäre eine körperliche Krankheit bei einer dissoziativen Störung aus-

zuschliessen, hier sei jedoch ein (wenn auch nur noch geringfügiges) organisches Korrelat von Seiten der rechten oberen Extremität vorhanden (AB 91 S. 20; vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 219 ff.). In der Folge ging Dr. med. F. _____ aufgrund der lediglich noch leichten funktionellen psychischen Beeinträchtigungen (sonstige [anhaltende] Reaktion auf eine schwere Belastung, ICD-10 F43.8) in einer angepassten Tätigkeit nachvollziehbar von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer Leistungsverminderung von 10 % aus (AB 99). Nach dem Dargelegten ist nicht von einer abweichenden Würdigung eines unveränderten medizinischen Sachverhalts, sondern von einer wesentlichen Veränderung im Gesundheitszustand auszugehen; so hat sich denn auch der psychiatrische Befund zwischen 2002 (Bericht der Rehaklinik C. _____ vom 26. September 2002 [AB 45 S. 33]) und 2014 (Bericht des RAD vom 29. Dezember 2014 [AB 91 S. 16]) wesentlich verändert. Die früher geltend gemachten und Basis für die damalige Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung bildenden körperlichen Einschränkungen waren anlässlich der RAD-Untersuchung vom 8. Dezember 2014 nicht (mehr) ausreichend vorhanden. Zudem konnte die Diagnose einer Anpassungsstörung nicht mehr bestätigt werden.

Damit ist eine gesundheitliche Verbesserung eingetreten, in deren Folge eine freie und umfassende Prüfung des Rentenanspruchs vorzunehmen ist (vgl. E. 2.3.2 hiavor). Soweit der Beschwerdeführer ausführt, die behandelnde Psychiaterin habe immer eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert (Beschwerde S. 2; vgl. auch AB 81 S. 2 [Arbeitsunfähigkeit von 63 %]), vermag dies angesichts der Erkenntnisse der RAD-Ärzte sowie der BvO nicht zu überzeugen.

3.5.3 Ausgehend vom ab dem 4. September 2014 (Beginn der BvO) gültigen Zumutbarkeitsprofil mit einer vollen Arbeitsfähigkeit (ganztägiges Arbeitspensum) in einer angepassten leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit unterhalb der Schulterhorizontalen (unter Vermeidung von Schlag- und Vibrationsbelastungen der rechten Schulter, ohne besondere psychische Belastungen wie z.B. Übernahme hoher Verantwortung, ohne besonderen Leistungs- und Zeitdruck und ohne komplexe Aufgaben) bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von 10 % (AB 98 S. 4 f. bzw. E. 3.3.2 hier vor), ist nachstehend der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

4.

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

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

4.3 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 ge-

sundheitlich 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).

4.4 Aufgrund des unter Erwägung 3.5.3 Dargelegten ist spätestens im September 2014 (Beginn der BvO) ein Revisionsgrund ausgewiesen und zu diesem Zeitpunkt ein Einkommensvergleich durchzuführen.

4.5 Der in ... geborene Beschwerdeführer hat gemäss eigenen Angaben nach zwei Jahren eine Lehre als ... abgebrochen. Im Jahr 1989 ist er in die Schweiz eingereist und arbeitete von 1990 bis zum Unfall Ende Mai 1994 bei der G. _____ AG (AB 1 S. 3 f. Ziff. 4.1 und 6.2, 5 f., 9). Seither, d.h. seit mehr als 20 Jahren, geht er keiner Erwerbstätigkeit mehr nach, weshalb nicht davon ausgegangen werden kann, dass er immer noch bei der damaligen Arbeitgeberin angestellt wäre. Somit lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, weshalb es gestützt auf statistische Zahlen und somit die LSE 2012 zu bestimmen ist. Massgebend hierfür ist im vorliegenden Fall Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Total, Männer. Diese Zahl spiegelt eine breite Palette möglicher Tätigkeiten wieder. Der gleiche Wert ist für das Invalideneinkommen heranzuziehen, da der Beschwerdeführer im hier massgeblichen Zeitpunkt keine Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, obwohl ihm dies zumutbar gewesen wäre (100%ige Festanstellung erst ab September 2015 [vgl. AB 114 f., Beschwerde S. 1]). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. Entscheid des BGer vom 7. April 2016, 9C_898/2015, E. 1). Der Beschwerdeführer ist gemäss den schlüssigen Feststellungen der RAD-Ärzte in einem vollzeitigen Arbeitspensum mit einer Leistungseinschränkung von 10 % arbeitsfähig (vgl. E. 3.5.3 hiervor). Dies begründet keinen behinderungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn, da den entsprechenden Einschränkungen bereits mit

der reduzierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 10 % ausreichend Rechnung getragen wurde, so dass diese nicht zusätzlich mittels eines leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen sind (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 7. März 2014, 9C_841/2013, E. 4.6). Hier beruhen zudem beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen, weshalb invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären und deshalb kein Abzug zu gewähren ist (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Somit resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 10 % (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.6 Auch der Zeitpunkt der Rentenaufhebung per Ende August 2014 ist unter Berücksichtigung der spätestens im September 2014 eingetretenen Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht zu beanstanden (Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. b IVV), denn es ist offensichtlich, dass der Beschwerdeführer die spätestens seit der BvO dokumentierte wesentliche Verbesserung hätte melden können und müssen. Es kann offen bleiben, ob hier gar eine unrechtmässige Erwirkung im Sinne des Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. b IVV vorliegt. Demnach erweist sich die angefochtene Verfügung vom 28. September 2015 (AB 110) als rechters und ist die dagegen erhobene 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. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - 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.