

200 16 1255 IV  
KNB/ABE/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 6. November 2017**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Abenheim

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. November 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1962 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog ab dem 1. Juli 2003 eine Viertelsrente, ab dem 1. September 2003 eine halbe Rente und ab dem 1. März 2011 eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung (Antwortbeilage [AB] 33/2, 33/5, 41, 46, 76/2).

Im Rahmen einer 2014 von Amtes wegen eingeleiteten Revision machte der Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (AB 83). Mit Verfügung vom 12. Mai 2015 (AB 103) lehnte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) eine Rentenerhöhung ab resp. bestätigte den bisherigen Anspruch auf die Dreiviertelsrente (Invaliditätsgrad: 64%). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 14. September 2015 (VGE IV/2015/542 [AB 109]) insofern gut, als die Verfügung aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen in Form einer allgemeinmedizinischen/internistischen Begutachtung (vgl. E. 3.5) an die IVB zurückgewiesen wurde.

### **B.**

In der Folge ordnete die IVB eine Untersuchung durch das B.\_\_\_\_\_ (MEDAS) in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin bzw. Gastroenterologie sowie Psychiatrie an (AB 111). Nachdem das B.\_\_\_\_\_ (MEDAS) zusätzlich eine infektiologische und eine pneumologische Untersuchung empfohlen hatte (AB 113/2), was der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) unterstützte (AB 113/3), erfolgte eine neue Auftragsvergabe über das Zuweisungssystem SuisseMED@P, wobei (erneut) das B.\_\_\_\_\_ (MEDAS) zugelost wurde (AB 114, 123, 127). Gestützt auf das entsprechende Gutachten vom 16. August 2016 (AB 135.1) und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 137 ff.) reduzierte die IVB die bisherige Dreiviertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von nunmehr 41% per Januar 2017 auf eine Viertelsrente (Verfügung vom 16. November 2016 [AB 144]).

## **C.**

Dagegen erhob der Versicherte am 12. Dezember 2016 Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Weiterausrichtung der Rente zumindest in bisherigem Umfang. Auch wäre er bereit, eine Stelle an einem geschützten Arbeitsplatz anzunehmen.

Am 9. Januar 2017 beantragte der Beschwerdeführer sodann die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. Januar 2017 schliesst die Beschwerdegegnerin auf 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 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 Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes 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 16. November 2016 (AB 144). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch bzw. die Rechtmässigkeit der Rentenherabsetzung per 1. Januar 2017 (vgl. AB 145).

**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** 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).

**2.4** 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. 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).

**2.4.2** 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 ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

### 3.

Vorab ist zu prüfen, ob ein Revisionsgrund vorliegt (vgl. E. 2.4 hiervor). Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden – nachdem die Verfügung vom 12. Mai 2015 (AB 103) vom Gericht aufgehoben worden war (AB 109) – einerseits die Verhältnisse am 3. Februar 2012 (AB 76/2) und andererseits diejenigen am 16. November 2016 (AB 144).

**3.1** In medizinischer Hinsicht lagen der Verfügung vom 3. Februar 2012 (AB 76/2) im Wesentlichen folgende Einschätzungen zugrunde:

**3.1.1** Am 28. Januar 2011 (AB 56) erwähnte Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine HIV-Infektion mit relativ stabiler Situation unter antiviraler Therapie. Bis jetzt habe eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aufgrund der zunehmend instabilen Situation mit vermehrten Abwesenheiten sei dem Patienten die Stelle gekündigt worden. Eine Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit auf 100% sei absehbar.

**3.1.2** Der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 22. Juli 2011 (AB 67/3) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine HIV-Infektion mit AIDS-Erkrankung im Stadium C3, eine chronisch aktive Hepatitis C-Virusinfektion, eine chronische venöse Insuffizienz im Stadium II mit insuffizienten tiefen Leitvenen im Sinne eines postthrombotischen Syndroms, eine Polytoxikomanie, eine Opiatabhängigkeit sowie eine Rohypnolabhängigkeit. Der Beschwerdeführer habe sich durch intravenösen Drogenkonsum mit HIV und Hepatitis C infiziert. Zwar habe die Viruslast unter die Nachweisgrenze gedrückt werden können; die Helferzellen, welche die Immunabwehr repräsentieren, lägen aber konstant niedrig. Das Hepatitis C-Virus habe zu einer fortgeschrittenen Leberschädigung mit Gewebeumbau geführt; eine Zirrhose scheine sich anzubahnen. Unter Berücksichtigung der schon fortgeschrittenen Leberschädigung seien dem Beschwerdeführer nur noch leichte körperliche Arbeiten in einem Pensum von 50% in Tagesschichten zumutbar. Unzumutbar seien Tätigkeiten, die ausschliesslich langes Stehen erforderten, da die chronische Venenschwäche bei langem Stehen zu schmerzhaften Unterschenkel- und Knöchelschwellungen führe.

**3.2** Hinsichtlich des Verlaufs bis zum Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 16. November 2016 (AB 144) lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.2.1** Im Bericht vom 8. Mai 2014 (AB 87/2) des Spitals X.\_\_\_\_\_ wurde dargelegt, aufgrund der chronischen venösen Insuffizienz sei die stehende und sitzende Arbeit stark eingeschränkt. Beim Tragen von Stützstrümpfen habe der Patient vor rund 1.5 Jahren eine Sehnenscheidenentzündung im Bereich des linken Fusses entwickelt, welche zu einer kompletten Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Im Verlauf habe es diverse Rückfälle bezüglich Drogenkonsum und Aethylabusus gegeben, wobei der Patient jeweils eine selbständige Entzugstherapie durchgeführt habe. Im Januar 2014 sei es in den Ferien in ... zu einer gastrointestinalen Blutung gekommen, worauf notfallmässig eine Gastroskopie mit Blutstillung durchgeführt werden müssen. Weil sich damals zudem fragliche gastrale Varizen gezeigt hätten, sei im März 2014 eine Re-Gastroskopie erfolgt. Diese habe Oesophagus-Varizen (Grad 1) und grosse Fundus-Varizen (2 cm) im Rahmen einer portalen hypertensiven Gastropathie bei Leberzirrhose Child A im Rahmen einer chronischen Hepatitis C gezeigt. Diesbezüglich sei die Einlage einer TIPS geplant. Bis Dezember 2013 sei der Patient in einem Methadon-Benzodiazepin-Abgabeprogramm gestanden. Unter der Methadon-Substitution sei eine Gynäkomastie aufgetreten, welche sich nach der Methadonreduktion aber wieder normalisiert habe. Der Patient beklage eine generelle Müdigkeit und Leistungsminderung. In Anbetracht der Gesamtkonstellation mit HIV- und Hepatitis C-Infektion mit Leberzirrhose, intermittierendem Drogen- und Alkoholabusus und instabiler psychischer Situation sei eine Arbeitstätigkeit nicht zumutbar.

**3.2.2** Am 27. November 2014 (AB 97) attestierte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ eine Verschlechterung des Allgemeinzustands. Es bestehe eine Progredienz der Leberproblematik mit Zirrhose und der Oesophagusvarizen. Bei Letzteren bestehe bei Belastungen eine akute Blutungsgefahr. Die Lungenproblematik könne nicht verbessert werden. Eine Leistung in der freien Wirtschaft sei nicht mehr möglich.

**3.2.3** Im Gutachten der MEDAS vom 16. August 2016 (AB 135.1) wurde nach interdisziplinärem Konsensus Folgendes dargelegt:

### **Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

1. HIV-Infektion CDC C3 (ICD-10 B60.3/61.3)
  - ED 1986
  - Übertragungsart: intravenöser Heroinkonsum 1980 bis ca.1993
  - CD4-Nadir: <200/µl
  - aktuelle HIV-Parameter: CD4-Lymphozyten: 372/µl, CD8-Lymphozyten: 649/µl, HIV-RNA: <20 Kopien/ml (seit 04/2005)
  - bisherige HIV-assoziierte Krankheiten: Status nach Pleuraempyem, Status nach 2-maligem Herpes Zoster, Status nach 2-maliger Soorstomatitis (1983 und 2000), Status nach Pneumocystis jirovecii-Pneumonie (1999, 2000, 2004), aktuell: Warzen an Händen und einer Zehe
  - seit 2001 permanente antiretrovirale Therapie, aktuell mit Isentress®/Truvada®
2. Leberzirrhose Child A (ICD-10 K74.6)
  - Status nach oberer GI-Blutung 2004 und 2014
  - chronische Hepatitis C, Genotyp 3a
  - 17.04.2014: HCV-PCR: 125'600 IU/ml, ab 12/2014 negativ
  - Therapie mit Sofosbuvir/Ribavirin (30.11.14 - 29.04.15), ab 12/2014 HCV-RNA unter der Nachweisgrenze
  - zusätzliche aethyltoxische Leberschädigung
3. Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) Stadium II/A (ICD-10 J44.9)
  - mittelschwere nicht reversible obstruktive Ventilationsstörung mit ventilatorischen Reserven von 66%
  - aktuell: Oligosymptomatisch mit COPD Assessment-Test (CAT) von 6 und MRC Dyspnoeskala
  - Emphysem mit Lungenüberblähung im Thoraxröntgenbild und eingeschränkter CO Diffusionskapazität auf 52% Sollwertes
  - Risikofaktor: Nikotinkonsum (40 Packyears)

### **Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Polytoxikomanie (ICD-10 F19.25)
  - Ätiologie: chronische Hepatitis C
  - Übertragungsart der Hepatitis C: IV-Drogengebrauch
2. Status nach Hepatitis A und Status nach Hepatitis B
  - anti-HBc-Ak pos., anti-ABs-Ak pos.
  - HAV-Ak IgG pos. ohne Impfanamnese
3. Penicillinallergie vom Soforttyp (ICD-10 Z88.0)
  - Zungenschwellung und Exanthem unter Penicillin (1986)
4. Bizytopenie (ICD-10 D69.59)
  - Leukopenie 3.6G/L und Thrombopenie 26G/L
5. Status nach Pneumonie mit Pleuraempyem rechts 1987
  - Narbige Obliteration des rechten Sinus phrenicocostalis

Dem Exploranden gehe es subjektiv nicht schlecht, insbesondere wenn man bedenke, dass man ihm 1987 bei der HIV-Diagnose den baldigen Tod vorausgesagt habe. 1993 habe er mit den Drogen aufgehört, aktuell nehme er ein Benzodiazepin und sei unter Methadon-Substitution. 2001 habe er

mit der antiretroviralen Therapie begonnen. Seit 2004 sei der Explorand nachweislich HI-Virusfrei bzw. supprimiert. Auch die erst zum Zeitpunkt der Leberzirrhose diagnostizierte Hepatitis C sei erfolgreich therapiert worden (2014 bis 2015). Bei zwar supprimierter, aber fortgeschrittener Grunderkrankung mit HIV-Infektion sei die Leistungseinbusse aus infektiologischer Sicht auf maximal 30% zu veranschlagen. Aus gastroenterologischer Sicht bestehe für leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, werde der Explorand doch bezüglich der Oesophagusvarizen behandelt, zumal nach Etablierung der Therapie keine Komplikationen mehr aufgetreten seien. Aus pneumologischer Sicht bestehe, auch übereinstimmend mit den Selbstangaben des Exploranden, eine Arbeitsunfähigkeit für schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten bestehe keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus allgemeininternistischer Sicht bestehe keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei die Polytoxikomanie zu nennen, welche sich deutlich reduziert habe auf einen opiathaltigen Ersatzstoff, Benzodiazepine, seltenen Heroinkonsum und regelmässigen, aber mässigen Alkoholkonsum. Es fänden sich weder Hinweise auf eine irreversible geistige oder psychische Schädigung nach langjährigem Suchtmittelkonsum (S. 25) noch Hinweise auf eine prämorbid psychiatrische Erkrankung, die zum Suchtkonsum geführt habe. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 26).

Zusammenfassend resultiere aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% für leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten. Das Pensum könne über 6-8 Stunden pro Tag umgesetzt werden. Dabei bestehe ein leicht vermindertes Rendement. Diese Einschätzung gelte sicher ab Mai 2016. Eigentlich sei bezüglich der HIV-Erkrankung schon seit 2004 eine deutliche Verbesserung aufgetreten mit adäquater Behandlung, guten Leukozytenzahlen und supprimierter RNA. Eine weitere deutliche Veränderung habe sich Anfang 2015 ergeben mit der erfolgreichen Behandlung der Hepatitis C. Somit sei die postulierte Verschlechterung im Jahr 2010 mit Erhöhung der Rente retrospektiv nicht sicher nachvollziehbar. Möglicherweise habe dies, obwohl noch nicht diagnostiziert, mit der Hepatitis C in Zusammenhang gestanden, eventuell auch rein mit der Ar-

beitsplatzsituation. Die gleichen Überlegungen würden sich zur Revision im Jahre 2014 machen lassen. Damals sei die Hepatitis C-Diagnose zwar manifest gewesen, aber anschliessend umgehend adäquat behandelt worden (S. 26).

Als medizinische Massnahmen wurden eine Sistierung des Nikotin- und des Alkoholkonsums, regelmässige HIV-Kontrollen und ein Opiat- bzw. Benzodiazepinentzug empfohlen (S. 26). Berufliche Massnahmen, wofür sich der Explorand auch subjektiv bereit zeige, seien besser umsetzbar, wenn der Explorand vorgängig einen Substanzentzug durchführen würde (S. 27).

**3.3** 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).

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).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die im Nachgang zum Urteil vom 14. September 2015 (AB 109) eingeholte Expertise der MEDAS vom 16. August 2016 (AB

135.1). Diese erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Gutachten gestellten Anforderungen (E. 3.3 hiervor) und überzeugt. Sie beruht auf eigens durchgeführten Untersuchungen, wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und in Kenntnis der Vorakten erstattet. Ferner ist sie in der Darlegung der medizinischen Situation widerspruchsfrei und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Es finden sich weder Hinweise für eine Unrichtigkeit des Gutachtens noch Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung sprechen. Sodann sind die Anforderungen an zwecks Rentenrevision erstellte Expertisen erfüllt: Namentlich haben sich die Gutachter auch auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezogen (vgl. SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.2). Folglich kommt dem polydisziplinären Gutachten vom 16. August 2016 voller Beweiswert zu (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

**3.4.1** Was zunächst die Grunderkrankung des Beschwerdeführers, die HIV-Infektion, anbelangt, hat der MEDAS-Experte im infektiologischen Teilgutachten nachvollziehbar dargelegt, dass die aktuelle antiretrovirale Therapie subjektiv gut verträglich sei. Die einzigen Symptome seien Müdigkeit, Leistungsintoleranz und Schlafstörungen. Zudem sei im Zusammenhang mit der ebenfalls erfolgreich behandelten Hepatitis C – ausser bei persistierendem Alkoholkonsum – keine weitere Progression zu erwarten (AB 135.1/19). Demgegenüber waren im Referenzzeitpunkt (AB 76/2) gemäss dem RAD-Arzt noch Nebenwirkungen der verabreichten HIV-Medikamente als funktionelle Einschränkungen zu berücksichtigen (AB 67/4). Hinzu kommt, dass die Hepatitis B mittlerweile abgeheilt ist (AB 135.1/19). Bei diesen Gegebenheiten überzeugt die von den Gutachtern attestierte Verbesserung ab dem Untersuchungsdatum (Mai 2016) ohne weiteres. Wenn die Gutachter einen früheren Zeitpunkt der Verbesserung in Betracht ziehen resp. die Rentenerhöhung ab 2011 als „nicht sicher nachvollziehbar“ betrachten (AB 135.1/26, Ziff. 6.3), ändert dies nichts.

Weiter fällt auf, dass die im Vergleichszeitpunkt zusätzlich im Vordergrund gestandene chronische venöse Insuffizienz bzw. das postthrombotische Syndrom nicht mehr diagnostiziert wurde. Während früher insbesondere stehende Tätigkeiten unzumutbar waren, weil die chronische Venen-

schwäche bei langem Stehen zu schmerzhaften Unterschenkel- und Knöchelschwellungen geführt hätte (vgl. AB 67/3 f.), dem mit Stützstrümpfen keine Abhilfe verschafft werden konnte wegen nicht unerheblicher Nebeneffekte (vgl. AB 87/2), zeitigt die Venenproblematik aktuell keine erheblichen Einschränkungen mehr. Zwar wurde anlässlich der Exploration im klinischen Befund eine Varicosis beidseits mit Zeichen der venösen Insuffizienz festgestellt (AB 135.1/17, unten). Jedoch hat weder der Beschwerdeführer anamnestisch entsprechende Beschwerden angegeben noch wurde eine entsprechende Diagnose gestellt oder die Problematik als sonstwie relevant für die Arbeitsfähigkeit erachtet. Somit ist diesbezüglich ebenfalls eine Verbesserung ausgewiesen, die sich im Zumutbarkeitsprofil positiv niederschlägt. Im Ergebnis besteht in angepassten Tätigkeiten aus medizinisch-theoretischer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70%.

**3.4.2** Soweit der Beschwerdeführer anderslautende Arztberichte ins Feld führt resp. in der Beschwerdeeingabe geltend macht, gemäss seinen Ärzten sei er vollständig arbeits- bzw. erwerbsunfähig, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Da die behandelnden Ärzte und Therapeuten hier keine Aspekte benannten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. sogleich), sind deren vom Administrativgutachten abweichende Einschätzungen nicht von vornherein geeignet, Letztere in Zweifel zu ziehen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E 2.2.1).

Wenn etwa der Psychotherapeut E.\_\_\_\_\_, Klinik F.\_\_\_\_\_, im Bericht vom 10. November 2016 (AB 142) ausführt, er sei überrascht, dass im Gutachten der MEDAS keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht genannt werde, zumal der Beschwerdeführer in den vergangenen Jahren mehrere depressive Episoden erlebt habe, die auf eine Dysthymia hindeuten würden, vermag der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Zum einen hat der psychiatrische

Gutachter in der MEDAS-Expertise nachvollziehbar dargelegt, dass und aus welchen Gründen die in den Vorakten erwähnte Depressivität nicht (mehr) bestätigt werden könne (AB 135.1/15 f.). Zum anderen wäre eine Dysthymie ohnehin nicht invalidisierend, wenn sie nicht zusammen mit anderen Befunden wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2); eine solche wird hier weder geltend gemacht noch bestehen in den Akten entsprechende Anhaltspunkte dafür.

Auch die nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstattete Stellungnahme des Hausarztes vom 30. November 2016 (Beschwerdebeilage [BB] 3) ändert – soweit sie angesichts des zeitlich beschränkten Überprüfungshorizonts des Gerichts überhaupt zu berücksichtigen ist (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4) – nichts am Gutachten. Dass Dr. med. C.\_\_\_\_\_ die Reduktion der Invalidenrente „nicht verstehen“ kann, gründet nicht in neuen oder von den Gutachtern unzureichend gewürdigten Befunden. Insofern stellt die hausärztliche Einschätzung allein eine unterschiedliche Beurteilung der gleichen Situation dar. Dabei wird keinesfalls in Abrede gestellt, dass die diversen erheblichen Erkrankungen des Beschwerdeführers eine psychische Belastung darstellen (vgl. BB 3). Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht kommt dies allein jedoch keinem die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Gesundheitsschaden gleich. Ausserdem sind die von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ erwähnten Einschränkungen (keine schweren Arbeiten) im gutachterlich definierten Zumutbarkeitsprofil ohnehin bereits enthalten (vgl. AB 135.1/26).

**3.4.3** Nach dem Dargelegten ist gestützt auf das voll beweiskräftige Gutachten der MEDAS (AB 135.1) zum einen eine Verbesserung des Gesundheitszustands ab Mai 2016 ausgewiesen, was einen Revisionsgrund darstellt und zu einer freien Anspruchsüberprüfung führt (E. 2.4 hiavor; vgl. sogleich). Zum anderen ist eine 70%-ige Restarbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten erstellt.

#### **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).

Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Insbesondere hat sie vom Invalideneinkommen zu Recht einen behinderungsbedingten Abzug in der Höhe von 15% wegen nicht mehr zumutbarer Schwerarbeit gewährt (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327). Bei minim abweichenden Vergleichseinkommen resp. einem Valideneinkommen von Fr. 66'785.-- (Fr. 5'312.-- [LSE 2014, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer] : 40 x 41.7 Wochenstunden x 12 Monate = Fr. 66'453.-- zuzüglich Nominallohnentwicklung von 0.5% pro 2016) und einem Invalideneinkommen von Fr. 39'737.-- (Fr. 5'312.-- [LSE 2014, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Männer] : 40 x 41.7 Wochenstunden x 12 Monate = Fr. 66'453.-- zuzüglich Nominallohnentwicklung von 0.5% pro 2016 = Fr. 66'785.-- ./ 15% x 0.7) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 27'048.--. Dies entspricht einem Invaliditätsgrad von aufgerundet 41%. Damit wurde die bisherige Dreiviertelsrente zu Recht auf eine Viertelsrente herabgesetzt (vgl. E. 2.2 hiervor). In Anwendung von Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ist schliesslich auch der Zeitpunkt der Renteneinstellung (vgl. AB 145) nicht zu beanstanden.

**4.2** Grundsätzlich ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung der Leistungsfähigkeit entgegenstehen. In Fällen, in welchen die versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat, muss sich die Verwaltung vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür – ausnahmsweise – im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung und/oder die Durchführung von Einglieder-

rungsmassnahmen vorausgesetzt ist (SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.1 und 3.3).

Der 1962 geborene (vgl. AB 51/3) Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der Rentenherabsetzung, d.h. am 1. Januar 2017 (AB 145) weder 55 Jahre alt noch bezog er die Rente – bei Rentenbeginn im Juli 2003 (AB 33/2) – mehr als 15 Jahre (vgl. auch BGE 141 V 5). Nach der Rechtsprechung kann die Eingliederung auch in Grenzfällen angeordnet werden, wenn aus den Akten hervorgeht, dass die Verwertung des Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Vorliegend könnte zwar hinsichtlich des Alters ein Grenzfall im Sinne der Rechtsprechung angenommen werden. Dem Beschwerdeführer war jedoch schon länger bewusst, dass eine Rentenherabsetzung zur Diskussion steht (vgl. AB 109, 137 ff.). Ausserdem ist er noch nicht derart lange vom Arbeitsmarkt abwesend (vgl. AB 52), dass eine Selbsteingliederung von vornherein aussichtslos wäre. Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Rente ohne vorherige Durchführung von Eingliederungsschritten reduziert hat. Im Übrigen hat sie in der Beschwerdeantwort (Ziff. 5) darauf hingewiesen, dass es dem Beschwerdeführer jederzeit frei stehe, ein Gesuch um (ordentliche, d.h. nicht im Zusammenhang mit der Rentenaufhebung stehende) berufliche Massnahmen einzureichen.

**4.3** Nach dem Dargelegten ist die gegen die Verfügung vom 16. November 2016 erhobene Beschwerde unbegründet und abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Im vorliegenden Fall sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**5.3** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG).

Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aufgrund der Unterlagen zum entsprechenden Gesuch ausgewiesen. Zudem kann das Beschwerdeverfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege hinsichtlich der Verfahrenskosten ist demnach gutzuheissen. Somit ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):

- A. \_\_\_\_\_
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,  
3001 Bern

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.