

200 16 231 IV
ACT/SAW/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Oktober 2016

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiberin Winiger

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Januar 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 18. November 2004 unter Hinweis auf ein Unfallereignis vom 5. November 2003, bei welchem er sich eine Talusluxationsfraktur links, eine Commotio cerebri und eine inkomplette beidseitige posttraumatische Trochlearisparese zugezogen hatte, bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1; 8 S. 30; 11 S. 6 ff.). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) führte in der Folge medizinische sowie erwerbliche Erhebungen durch, beteiligte sich an einer vom Unfallversicherer veranlassten Expertise der Begutachtungsstelle C._____, vom 9. Januar 2007 (act. II 51 S. 3) und sprach mit Verfügung vom 27. März 2007 (act. II 57 S. 2) bei einem Invaliditätsgrad von 100% ab dem 1. November 2004 eine ganze Rente zu. Dieser Rentenanspruch wurde, nachdem die IVB die seither ergangenen medizinischen Berichte beim Unfallversicherer eingeholt hatte (act. II 63 ff.), revisionsweise mit Mitteilung vom 23. Juli 2008 (act. II 70) bestätigt. Eine im April 2010 erneut eingeleitete Revision (act. II 82) ergab ebenfalls keine rentenbeeinflussenden Änderungen (act. II 87).

Im Rahmen einer weiteren Rentenrevision im Februar 2014 teilte der Versicherte mit, sein Gesundheitszustand sei gleich geblieben (act. II 97 S. 2). Die IVB tätigte daraufhin medizinische Erhebungen (act. II 101; 106 S. 5) und liess den Versicherten durch die Begutachtungsstelle D._____, (nachfolgend MEDAS), polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 24. März 2015, act. II 116.1). Im Verlauf des Vorbescheidverfahrens (act. II 117 f.; 120) holte die IVB eine Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (RAD; act. II 122 S. 5) sowie zwei ergänzende Stellungnahmen der MEDAS-Gutachter vom 27. Oktober 2015 und vom 10. Dezember 2015 (act. II 124; 126) ein und hob die Rente mit Verfügung vom 13. Januar 2016 (act. II 127) auf das Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats auf, da aus medizinischer Sicht die angestammte Tätigkeit als ... sowie jede andere körperlich leichte

bis mittelschwere angepasste Arbeit zu 100% zumutbar sei; einer allfälligen Beschwerde entzog sie die aufschiebende Wirkung.

B.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 17. Februar 2016 Beschwerde und beantragte, die Rente sei nicht aufzuheben. Eventualiter seien weitere Abklärungen zu tätigen; subeventualiter sei die Sache zurückzuweisen. Ferner ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege sowie um Erteilung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde. Nachdem es der Beschwerdeführer auf Aufforderung des Instruktionsrichters hin (vgl. Verfügung vom 19. Februar 2016) unterlassen hatte, das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zu verbessern, wurde dieses mit prozessleitender Verfügung vom 16. März 2016 als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben. Am 29. April 2016 leistete der Beschwerdeführer den eingeforderten Kostenvorschuss.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 3. Juni 2016 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. Juni 2016 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über

die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 13. Januar 2016 (act. II 127). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und dabei insbesondere die Rechtmässigkeit der Rentenaufhebung per Ende Februar 2016.

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 In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Er bringt vor, die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung auf aktenwidrige Feststellungen und weiche ohne Begründung von der Beurteilung der Gutachter ab (vgl. Beschwerde S. 4 f.).

2.2 Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung ge-

gebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181).

2.3 Ob sich die Beschwerdegegnerin auf aktenwidrige Feststellungen stützt oder nicht, ist eine Frage der materiellen Beweiswürdigung und tangiert den Anspruch auf rechtliches Gehör – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nicht. Weiter erweist sich die angefochtene Verfügung vom 13. Januar 2016 (act. II 127) als hinlänglich begründet. Die Beschwerdegegnerin hat sich darin mit den wesentlichen Einwänden des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und auf die entscheidrelevanten medizinischen Berichte verwiesen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs bzw. der Begründungspflicht liegt somit nicht vor.

3.

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

3.1.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung

allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

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

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

Eine neue Rechtspraxis ist grundsätzlich nicht nur auf künftige, sondern auf alle im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen Fälle anwendbar (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 7. Dezember 2009, 9C_476/2009, E. 3.3).

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

3.3 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).

3.4 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).

3.4.1 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. 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).

3.4.2 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 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).

3.4.3 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 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).

3.5 Fehlen die in Art. 17 Abs. 1 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung allenfalls nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 140 V 85 E. 4.2 S. 87, 125 V 368 E. 2 S. 369).

3.6 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).

4.

Vorab ist zu prüfen, ob ein Revisionsgrund vorliegt. Zu vergleichen ist der Sachverhalt zur Zeit der Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 23. Juli 2008 (act. II 70), mit welcher der bisherige Rentenanspruch (Invaliditätsgrad 100%) revisionsweise bestätigt wurde, mit demjenigen, der sich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. Januar 2016 (act. II 127) entwickelt hat. Denn in den Jahren 2007 und 2008 führte die Beschwerdegegnerin eine umfassende Sachverhaltsabklärung durch, welche die Vornahme einer Invaliditätsbemessung als nicht notwendig erscheinen liess. Dass diese Abklärung indirekt – über den Beizug der Akten des Unfallversicherers (act. II 61 ff.) – erfolgte, ändert daran nichts. Die Revision im Jahre 2010 (act. II 81 ff.) ist demgegenüber aus revisionsrechtlicher Sicht unbeachtlich, da dieser keine umfassende materielle Anspruchsüberprüfung voraus ging (vgl. E. 3.4.2 hiervoor).

4.1 Der Mitteilung vom 23. Juli 2008 (act. II 70) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte zugrunde:

4.1.1 Der Beschwerdeführer wurde am 10. und 11. Oktober 2006 durch die Begutachtungsstelle C. _____ rheumatologisch untersucht (act. II 51 S. 3). Zudem erfolgte am 30. Oktober 2006 eine psychiatrische und am 6. November 2006 eine neurologische Beurteilung (act. II 51 S. 24, 38). Im Gutachten vom 9. Januar 2007 wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (act. II 51 S. 9):

- Chronische Kopfschmerzen
- Chronische diffuse Schmerzen des Rückens mit Ausstrahlung in die linke obere und untere Extremität
- Femoropatelläres Schmerzsyndrom links
- Status nach Autounfall mit/bei
 - Contusio cerebri
 - Passagerer inkompletter posttraumatischer Trochlearisparese beidseits

- Passagerer Canalolithiasis links
- Aktuell unspezifischem Schwindel bei Kopfneigung ohne Hinweis für HWS-Instabilität
- Talusluxationsfraktur links mit geschlossener Reposition am 6. November 2003 und Schraubenosteosynthese am 7. November 2003
- Anpassungsstörung an die Folgen des Unfalles (ICD-10 F43.28)

Die Arbeiten in der angestammten Tätigkeit als ... seien aus rein somatischer Sicht prinzipiell zumutbar, da es sich vorwiegend um eine leichte Tätigkeit handle. In einer angepassten leichten Tätigkeit sei ebenfalls eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar (S. 10 Ziff. 5.1 f.).

Aus psychiatrischer Sicht legte Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dar, der Versicherte habe durch den Unfall und dessen Folgen sein seelisches Gleichgewicht verloren und drücke sein seelisches Problem körperlich aus. Subjektiv erlebe er die geschilderten Beschwerden als reale Behinderung. Die Arbeitsfähigkeit könne durch eine differenzierte Diagnostik und eine geeignete Aufarbeitung der psychischen Problematik verbessert werden. Bedingung sei eine Psychotherapie bei einem psychosomatisch geschulten und an transkulturellen Fragen interessierten Therapeuten unter professioneller Übersetzung. Unter Einhaltung dieser Vorgabe betrage die Arbeitsunfähigkeit in den ersten sechs Monaten der Therapie 100%; anschliessend 50% und nach einem Jahr 0% (S. 31 f.).

4.1.2 Med. pract. F. _____ den Beschwerdeführer mittels einer körperorientierten Psychotherapie. Am 25. August 2007 (act. II 62 S. 2) teilte er mit, der Patient brauche einen längerdauernden stationären Rahmen in einer für Schmerzen spezialisierten Klinik. Das gegenwärtige Setting erbringe nicht den gewünschten Erfolg innerhalb der von Dr. med. E. _____ vorgeschlagenen Zeitspanne (S. 4).

4.1.3 Am 2. Mai 2008 (act. II 67 S. 2) diagnostizierte Dr. med. G. _____, praktischer Arzt FMH, eine somatoforme Schmerzstörung mit u.a. einer Anpassungsstörung und einer dissoziativen Störung. Der Patient klage seit dem Unfall über diverse funktionelle Beschwerden (persistierende Schmerzsymptomatik im ganzen Körper, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen). Diverse Therapieversuche seien bisher erfolglos gewe-

sen. Zurzeit sei der Patient sehr auf seine Beschwerdebilder fixiert und unzugänglich. Eine stationäre Therapie scheine nicht sinnvoll. Da sich der Patient sehr verschlossen, angespannt und unzugänglich zeige, sei eine Fortsetzung der ambulanten Therapie nicht sinnvoll (S. 4).

4.1.4 In der Stellungnahme vom 3. Juni 2008 (act. II 68 S. 9) erläuterte der beratende Arzt der Unfallversicherung, Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die zeitliche Dauer der Anpassungsstörungen werde im ICD-10 per definitionem auf längstens zwei Jahre beschränkt. Da die Beschwerden nun schon mehr als vier Jahre andauern, dürfe diese Diagnose nicht mehr verwendet werden. Das heute vorliegende, chronifizierte Beschwerdebild lasse sich diagnostisch am besten mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) in Komorbidität mit gemischten dissoziativen Störungen (ICD-10 F44.7) fassen. Die ambulanten Behandlungsversuche seien wegen der abwehrenden, unzugänglichen und aggressiv-angespannten Haltung des Versicherten gescheitert. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der Zustand chronifiziert und keiner Behandlung mehr zugänglich sei (S. 11 f.).

4.1.5 Der RAD-Arzt Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte im Bericht vom 23. Juli 2008 (act. II 69 S. 4) als Diagnose eine Pseudodemenz (Verdacht auf Ganser-Syndrom, ICD-10 F44.80) mit/bei klinischem Bild einer somatoformen (ICD-10 F45) und dissoziativen Störung (dissoziative Amnesie, ICD-10 F44.0; dissoziative Störung der Bewegung und der Sinnesempfindung, ICD-10 F44.7) fest (S. 4). Es sei höchst unwahrscheinlich, dass eine Veränderung des Gesundheitsschadens eingetreten sei oder eintrete. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei keine Besserung der somatoformen Störung mit gegebener psychiatrischer Komorbidität, Chronifizierung und unbefriedigenden Behandlungsergebnissen zu erwarten (S. 5).

4.2 Die nunmehr angefochtene Verfügung vom 13. Januar 2016 (act. II 127) basiert im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Beurteilungen:

4.2.1 Das MEDAS-Gutachten vom 24. März 2015 (act. II 116.1) basiert auf einer allgemeininternistischen Untersuchung sowie auf den Fachgutachten in den Bereichen Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Neuropsy-

chologie und Otorhinolaryngologie. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 31 Ziff. 5):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD-10 H90.6)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- Chronische Knieschmerzen rechts
- Chronische Beschwerden am linken Rückfuss
- Chronisches zerviko- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom
- Zustand nach Commotio cerebri und wahrscheinlichem HWS-Distorsionstrauma 2003
- Anamnestisch Zustand nach beidseitiger spontan remittierender Trochlearisparese bei oben genannter Diagnose
- Moderate Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit beidseits
- Tinnitus beidseits
- Präklinische Hypothyreose

Aus allgemeininternistischer, orthopädischer und neurologischer Sicht konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Bei der neuropsychologischen Untersuchung war die Erstellung eines validen neuropsychologischen Testprofils nicht möglich, weshalb diesbezüglich keine Diagnosestellung erfolgen konnte (S. 32 f. Ziff. 6.2). Die geklagte Schwindelsymptomatik dürfte aus otorhinolaryngologischer Sicht auf eine zervikogen-propriozeptiv bedingte Ursache zurückzuführen sein. Gestützt darauf bestehe eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, indem sturzgefährdende Tätigkeiten oder Arbeiten mit häufigen Kopfrationsbewegungen nicht mehr durchgeführt werden sollten. Für eine entsprechend angepasste Tätigkeit liege eine volle Arbeitsfähigkeit vor (S. 32 Ziff. 6.2). Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung stellte Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostisch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) fest (S. 13 Ziff. 4.1.3). Eine weitere psychische Störung könne gegenwärtig nicht diagnostiziert werden. Der Explo- rand sei auch nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Er

erhalte aber ein Antidepressivum und ein schmerzmodulierendes Antiepileptikum. Von den Förster-Kriterien sei das Kriterium des chronischen Verlaufs ausreichend erfüllt. Die übrigen Kriterien, wie primärer Krankheitsgewinn bzw. unbewusster Konflikt, schwerer sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens, deutliche psychiatrische Komorbidität und ausgeschöpfte Behandlungsmöglichkeiten, seien indessen nicht hinreichend erfüllt (S. 14). Aus psychiatrischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (S. 14 Ziff. 4.1.5).

Nach durchgeführter Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, es sei für die angestammte Tätigkeit als ... ebenso wie für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% zu attestieren (S. 33). Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit gaben sie u.a. an, die zur ursprünglichen Berentung führende depressive Störung sei seit längerer Zeit remittiert. Effektiv seien die Gutachter der Begutachtungsstelle C. _____ bei der Expertise vom 9. Januar 2007 schon davon ausgegangen, dass nach einem Jahr psychiatrisch keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestehe. Unverständlicherweise sei seither – bis zur aktuellen Untersuchung – jedoch nie mehr fachärztlich reevaluiert worden (S. 33 Ziff. 6.3).

4.2.2 Mit Stellungnahme vom 5. Oktober 2015 (act. II 122 S. 5) teilte der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ mit, das polydisziplinäre MEDAS Gutachten vom 24. März 2015 sei grundsätzlich schlüssig und nachvollziehbar (S. 5). Es treffe jedoch nicht zu, dass die psychische Krankheit, welche im Jahre 2007 zur Rentenzusprache geführt habe, heute nicht mehr vorliege. Nach wie vor bestehe eine „somatische Beschwerdesymptomatik“ mit intermittierendem Schwindel und chronischen Schmerzen. Die Anpassungsstörung müsse indes definitionsgemäss abgeklungen sein und könne nicht mehr diagnostiziert werden. Die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sei erneut resp. neu als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit klassifiziert worden. Dies erscheine unter Berücksichtigung der Förster-Kriterien korrekt (S. 6). Folglich liege keine Verbesserung des Gesundheitszustandes in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit vor. Weiter müsse bedacht werden, dass es versiche-

rungsmedizinisch schwer nachzuvollziehen sei, weshalb der Versicherte für die angestammte wie auch für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere angepasste Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% aufweisen solle. Die MEDAS-Gutachter stellten eine (somatische) Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und postulierten eine qualitative Einschränkung, indem sturzgefährdende Tätigkeiten oder Arbeiten mit häufigen Kopffrotationsbewegungen nicht mehr durchgeführt werden sollten. Angesichts eines solchermassen formulierten Zumutbarkeitsprofils aus otorhinolaryngologischer Sicht sei die 100%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit als ... nicht haltbar.

4.2.3 In der Stellungnahme vom 27. Oktober 2015 (act. II 124) präzisierten die MEDAS-Gutachter, da die Schwindelsymptomatik überwiegend als funktionell einzustufen sei und eine leichte somatische Mitursache in begrenztem Ausmass nicht ausgeschlossen werden könne, sei die qualitative Zumutbarkeitsbeurteilung der Schwindelsymptomatik vor allem hinsichtlich einer Selbst- oder Fremdgefährdung zu beurteilen. Die reine Kopffrotation ohne Selbst- oder Fremdgefährdung sei nicht problematisch. Selbst wenn eine objektive Kopffrotation erschwert wäre, könnte diese im ...bereich durch eine Mitbewegung des Oberkörpers minim gehalten werden.

Am 10. Dezember 2015 (act. II 126) gaben die MEDAS-Gutachter ergänzend an, im Jahre 2007 seien die Gutachter der Begutachtungsstelle C._____ von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der depressiven Störung ausgegangen. Dabei sei übersehen worden, dass die begutachtenden Ärzte annahmen, dass in einem halben bis einem Jahr die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch wieder hergestellt sein sollte. Dies sei – bis zur aktuellen Begutachtung – jedoch nie mehr überprüft worden. Aus diesem Grund könne die MEDAS-Einschätzung mit Sicherheit ab dem Gutachtenszeitpunkt festgelegt werden. Objektiv habe sich, stütze man auf das zur Berentung führende Gutachten vom Januar 2007 ab, eine deutliche Verbesserung ergeben, da eine hochgradige und invalidisierende depressive Störung nicht mehr feststellbar und nachweisbar sei.

4.3 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).

4.4

4.4.1 Das MEDAS-Gutachten vom 24. März 2015 (act. II 116.1) sowie die Ergänzung vom 27. Oktober 2015 (act. II 124) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.3 hiervor), weshalb ihnen grundsätzlich volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand wurden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die einzelnen Teilbeurteilungen stehen zudem untereinander in Übereinstimmung und flossen in die überzeugende polydisziplinäre Beurteilung ein.

4.4.2 Soweit die MEDAS-Gutachter in Bezug auf die Frage nach dem Revisionsgrund im Schreiben vom 10. Dezember 2015 (act. II 126) festhiel-

ten, der Gesundheitszustand habe sich verändert, da die von den Vorgutachtern postulierte hochgradige und invalidisierende depressive Störung nicht mehr feststellbar sei, kann ihnen jedoch nicht gefolgt werden. Aus dem Befund des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. E. _____ vom 3. Dezember 2006 ergeben sich keine Anhaltspunkte, die mit einer depressiven Störung vereinbar wären (act. II 51 S. 28 f.). Er stellte zudem nicht die Diagnosen „depressive Episode“ oder „rezidivierende depressive Störung“ gemäss ICD-10 F32 resp. F33, sondern diagnostizierte eine depressive Entwicklung im Sinne einer Anpassungsstörung an die Folgen des Unfalles (ICD-10 F43.28; act. II 51 S. 31), mithin ein Krankheitsbild gemäss ICD-10 F40 bis F48 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) und nicht ein solches gemäss ICD-10 F30 bis F39 (affektive Störungen). Aufgrund der Beurteilung des Dr. med. E. _____ wird denn auch klar, dass er eine Anpassungsstörung diagnostizierte und dieses Krankheitsbild im Vordergrund stand, nicht dagegen ein depressives Geschehen (act. II 51 S. 31 f.). Nichts anderes ergibt sich aus der Stellungnahme von Dr. med. H. _____ vom 3. Juni 2008 (act. II 68 S. 9), hielt er doch fest, das heute vorliegende, chronifizierte Beschwerdebild lasse sich am besten mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) in Komorbidität mit gemischten dissoziativen Störungen (ICD-10 F44.7) fassen. Im Weiteren ist nicht erstellt, dass die von Dr. med. E. _____ angenommene gesundheitliche Besserung nach Durchführung einer Psychotherapie tatsächlich eingetreten ist (act. II 51 S. 32). Vielmehr sind – wie den Berichten der Dres. med. F. _____ und G. _____ vom 25. August 2007 (act. II 62 S. 2) resp. vom 2. Mai 2008 (act. II 67 S. 2) zu entnehmen ist – entsprechende Therapien gescheitert. In der Folge überzeugt auch die Auffassung der MEDAS-Gutachter, die angenommene Besserung sei spätestens seit ihrer Begutachtung eingetreten (vgl. Schreiben vom 10. Dezember 2015, act. II 126), nicht. Eine Änderung des Gesundheitszustandes im hier massgebenden Vergleichszeitraum zwischen Juli 2008 und Januar 2016 (vgl. E. 4 hiervor) ist nicht ersichtlich. Auch im erwerblichen Bereich sind den Akten keine wesentlichen Änderungen zu entnehmen. Schliesslich stellt die neue Rechtsprechung zu den unklaren Beschwerdebildern (vgl. E. 3.1.2 hiervor) für sich allein keinen Revisionsgrund dar (BGE 141 V 585). Aus dem Dargelegten folgt, dass – entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (act. II 127; Beschwerdeantwort S. 2 f. Ziff. 6 f.) –

kein Revisionsgrund gegeben ist (vgl. zur besonderen Revision gemäss lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket {SchlBest. IV 6/1}; in Kraft seit 1. Januar 2012] E. 4.6 hiernach).

4.4.3 Die Renteneinstellung ist indessen mit der substituierten Begründung (vgl. E. 3.5 hiervor) zu schützen, dass die Mitteilung vom 23. Juli 2008 (act. II 70) zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Denn die Beschwerdegegnerin hat nach durchgeführtem Revisionsverfahren im Jahre 2008 weiterhin eine ganze Rente ausgerichtet (act. II 70), obwohl die Abklärungen ergeben hatten, dass die vom Psychiater Dr. med. E._____ prognostizierte Besserung (vgl. act. II 51 S. 32) nicht eingetreten war. Dabei stellte sie im Wesentlichen einzig auf die Berichte der behandelnden Ärzte ab, deren Therapien keinen Erfolg zeigten (vgl. act. II 62 S. 2; 67 S. 2), und unterliess es, eine umfassende Beurteilung der gesundheitlichen Situation einzuholen. Bei dieser Ausgangslage – insbesondere unter Berücksichtigung der erheblichen Differenz zwischen der Beurteilung von Dr. med. E._____ und den Erfahrungen der behandelnden Ärzte – hätte die Beschwerdegegnerin eine Verlaufsbeurteilung durchführen müssen. Daran ändern die Stellungnahmen der Dres. med. H._____ und I._____ vom 3. Juni 2008 (act. II 68 S. 9) resp. vom 23. Juli 2008 (act. II 69 S. 4) nichts. Beruhen deren Einschätzungen doch einzig auf einer Aktenbeurteilung und nicht auf einer persönlichen und umfassenden Untersuchung. Damit hat die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt, was zu einer zweifellosen Unrichtigkeit der Mitteilung vom 23. Juli 2008 führt (vgl. Entscheid des BGer vom 7. Mai 2014, 8C_737/2013, E. 2.2); dies ändert jedoch nichts daran, dass *revisionsrechtlich* eine umfassende Abklärung erfolgt ist (vgl. E. 4 hiervor). Zudem ist – was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft – die erhebliche Bedeutung der Berichtigung ohne weiteres anzunehmen. Unter dem Titel der Hilfspraxis hat im Folgenden somit eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen.

4.5 Gestützt auf das überzeugende und beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 24. März 2015 (act. II 116.1) sowie auf dessen Ergänzung vom 27. Oktober 2015 (act. II 124) ist – entgegen der Auffassung in der

Beschwerde (S. 5 ff.) – eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erstellt (act. II 116.1 S. 33; 124). Insbesondere in der Stellungnahme vom 27. Oktober 2015 (act. II 124) haben die MEDAS-Gutachter nachvollziehbar dargelegt, weshalb die angestammte Stelle als ... weiterhin zumutbar ist. Anhaltspunkte, welche eine andere Betrachtungsweise rechtfertigen könnten, liegen nicht vor. Anders als in der Beschwerde (S. 6) angenommen, ist zudem die psychiatrische Diagnose im MEDAS-Gutachten differenziert und plausibel begründet worden (vgl. act. II 116.1 S. 13 f. Ziff. 4.1.3 f.). Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 ist ein unklares Beschwerdebild, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgrund der neu geschaffenen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen ist (vgl. E. 3.1.2 hiervor). Dabei bietet das MEDAS-Gutachten, obwohl es nach altem Verfahrensstandard eingeholt wurde, eine genügende Entscheidungsgrundlage (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309). Die Prüfung der Indikatoren – insbesondere der Aspekt der Konsistenz (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) – führt dabei offensichtlich zur Überwindbarkeit der Einschränkungen und damit zu einer vollständigen Arbeitsfähigkeit. So legte Dr. med. J. _____ aus psychiatrischer Sicht dar, die Selbsteinschätzung des Versicherten, dass er nicht arbeitsfähig sei, könne durch die psychiatrischen Befunde nicht objektiviert werden. Im Untersuchungsgespräch seien Konzentrationsstörungen bei der genauen Angabe von Lebensdaten aufgefallen, der Versicherte fahre aber selber Auto, was wiederum gegen das Vorliegen von schweren Konzentrationsstörungen spreche. Weiter lebe er zusammen mit seiner Familie und falle nicht aus dem sozialen Rahmen hinaus. Er helfe bei einfachen Haushaltsarbeiten mit, erledige kleinere Einkäufe und besuche regelmässig den Zudem seien Reisen in die Heimat ... zusammen mit der Familie trotz subjektiv starker Beschwerden mit Schmerzen und Schwindel möglich. Ferner vermerkte der Gutachter, dass der Beschwerdeführer nicht in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung stehe. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers erhalte er aber ein Antidepressivum, worunter er in der Nacht besser schlafen könne (act. II 116.1 S. 14 Ziff. 4.1.7).

Nach dem Dargelegten erhellt, dass der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt ist. Von weiteren medizinischen Erhebungen sind keine neuen Er-

kenntnisse zu erwarten, weshalb auf deren Durchführung – entgegen dem Eventualbegehren des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 2) – in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.6 Damit besteht in somatischer wie auch in psychiatrischer Hinsicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden und damit von vornherein auch kein Rentenanspruch.

Zum gleichen Ergebnis führte eine Überprüfung des Rentenanspruchs gemäss den SchIBest. IV 6/1, welche hier bis zur Einleitung der Revision im Februar 2014 (act. II 96 f.) zulässig gewesen wäre.

Der Zeitpunkt der Renteneinstellung auf Ende Februar 2016 hin (vgl. Verfügung vom 13. Januar 2016; act. II 127) ist unter Berücksichtigung des Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) nicht zu beanstanden (vgl. Entscheid des BGer vom 21. Juli 2011, 9C_101/2011, E. 5.1). Der Beschwerdeführer hat die Rente weder über 15 Jahre bezogen (Rentenbeginn November 2004, act. II 57 S. 2) noch ist er über 55 Jahre alt (Jahrgang 1973, act. II 1 S. 1), so dass bereits deshalb vor der Rentenaufhebung keine beruflichen Massnahmen durchzuführen sind; die Restarbeitsfähigkeit ist vielmehr auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar (zum Ganzen: Entscheid des BGer vom 1. Februar 2012, 9C_726/2011, E. 5.1).

4.7 Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 13. Januar 2016 (act. II 127) als rechtens und die Beschwerde ist 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 Bei diesem Ausgang des Verfahrens 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):
 - Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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