

200 16 602 IV
FUR/SAW/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Juni 2017

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Winiger

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. Mai 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 24. April 2003 wegen Schulter-, Nacken- und Rückenschmerzen sowie unter Hinweis auf Hepatitis B bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 2). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen wies die IVB mit Verfügung vom 24. November 2003 (AB 12) bei einem Invaliditätsgrad von 36% das Leistungsbegehren ab und hielt auf Einsprache hin mit Entscheid vom 25. Juni 2004 (AB 25) an ihrer Beurteilung fest. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 34 S. 2) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 26. Januar 2005 (AB 38; IV 64817) in dem Sinne gut, als der Einspracheentscheid vom 25. Juni 2004 aufgehoben und die Sache an die IVB zurückgewiesen wurde, damit diese nach weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch neu verfüge. In der Folge holte die IVB ergänzende medizinische Berichte ein und liess den Versicherten durch die medizinische Abklärungsstelle C._____ (nachfolgend MEDAS) polydisziplinär begutachten (vgl. Gutachten vom 7. April 2006, AB 49 S. 2 [nachfolgend MEDAS-Gutachten 2006]). Gestützt darauf sprach die IVB dem Versicherten mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 16. November 2006 (AB 60 S. 2) ab Juli 2003 eine halbe Rente (Invaliditätsgrad: 53%) und ab Juni 2006 eine Viertelsrente (Invaliditätsgrad: 43%) zu.

Im Rahmen zweier in den Jahren 2007 und 2011 durchgeführter Revisionen von Amtes wegen (AB 63; 78) bestätigte die IVB den Anspruch auf eine Viertelsrente (AB 73; 83).

B.

Während einer weiteren, von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision berichtete der Versicherte am 29. November 2013 (AB 87) von einem gleich gebliebenen Gesundheitszustand, der zwischendurch etwas

schlechter sei. In der Folge führte die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen durch und veranlasste erneut bei der MEDAS ein polydisziplinäres Gutachten (vgl. Gutachten vom 22. Dezember 2014, AB 110.1 [nachfolgend MEDAS-Gutachten 2014]). Mit Vorbescheid vom 31. März 2015 (AB 115) stellte die IVB, unter Hinweis auf die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [SchlBest. IV 6/1]; in Kraft seit 1. Januar 2012), die Aufhebung der Rente in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 121) annullierte die IVB den Vorbescheid vom 31. März 2015 und überprüfte den Sachverhalt aufgrund der neu geltenden Überwindbarkeitsrechtsprechung betreffend die somatoformen Schmerzstörungen bzw. die vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 141 V 281) erneut. Mit Vorbescheid vom 5. Februar 2016 (AB 125) hielt sie im Ergebnis am Vorbescheid vom 31. März 2015 fest. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und erhob am 8. März 2016 (AB 126) Einwand, welchen er unter Hinweis auf einen Bericht des behandelnden Psychiaters vom 25. März 2016 (AB 128 S. 5) mit Eingabe vom 30. März 2016 (AB 128) begründete. Am 26. Mai 2016 (AB 129) verfügte die IVB wie im Vorbescheid vom 5. Februar 2016 angekündigt und hob die bisher ausgerichtete Viertelsrente auf den ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung auf.

C.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B._____, am 27. Juni 2016 Beschwerde. Er beantragt die kostenfällige Aufhebung der Verfügung vom 26. Mai 2016 und die Rückweisung der Sache zur Neu Beurteilung an die Beschwerdegegnerin mit der Auflage, diese habe darüber zu entscheiden, ob weiterhin eine Viertelsrente oder eine halbe Rente auszubezahlen sei. Eventualiter sei ein ergänzendes Gutachten in Auftrag zu geben.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. August 2016 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 IVG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

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

1.3 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 26. Mai 2016 (AB 129). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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). Er-

werbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

2.2.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt sodann nur vor, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht.

2.2.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht (BGer) 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) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird 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 (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

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

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

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüg-

lich 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).

2.6 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen.

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

Wurde die Rente sowohl für objektivierbare (erklärbare) als auch für unklare Beschwerden zugesprochen, findet lit. a SchIBest. IV 6/1 auf Letztere ebenfalls Anwendung, sofern sie sich von den erklärbaren Beschwerden trennen lassen. Laufende Renten sind von einer Überprüfung unter diesem Rechtstitel nur ausgeschlossen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen (BGE 140 V 197 E. 6.2.3 S. 200). Die unklaren und erklärbaren Beschwerden müssen sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen auseinandergehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsunfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist.

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 26. Mai 2016 (AB 129) die bisher ausgerichtete Viertelsrente in Anwendung von lit. a Abs. 1 SchlBest. IV 6/1 aufgehoben. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Aufhebung der Rente gestützt auf die Schlussbestimmungen zu Recht erfolgt ist. Dabei ist vorab die Frage zu klären, ob die Rentenzusprache vom 16. November 2006 (AB 60 S. 2) aufgrund unklarer Beschwerden erfolgt ist (vgl. E. 2.7 hiavor). Die Bestätigungen der Viertelsrente mittels Verfügung vom 26. Oktober 2007 (AB 73) resp. mittels Mitteilung vom 8. August 2011 (AB 83) sind vorliegend unbeachtlich, da bei diesen keine umfassende materielle Prüfung durchgeführt wurde (vgl. ergänzend BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

3.1.1 In medizinischer Hinsicht basierte die Verfügung vom 16. November 2006 (AB 60 S. 2) auf dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten 2006 (AB 49 S. 2). In diesem diagnostizierten die Gutachter der Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine anhaltende leichtgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie eine residuelle, leichte Funktionseinbusse der linken Hand mit Sensibilitätsstörung, unspezifische Rückenschmerzen, einen Status nach Hepatitis B und eine Beta-Blocker-Behandlung auf (S. 29 f. Ziff. 4.1 f.). Die langen Gespräche mit dem Versicherten erweckten weder im somatischen noch im psychischen Bereich den Eindruck, einen kranken Menschen vor sich zu haben. Mit Sicherheit bestätigte sich dieser Eindruck im somatischen Bereich. Allein aus der Optik des Bewegungsapparates sei der Explorand in seiner angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig. In psychosomatischer Hinsicht zeige die Krankengeschichte, dass der Versicherte intensiv zur Somatisierung neige, sich dann aber wieder zu Arbeitsleistungen aufraffen könne. Aus psychiatrischer Sicht müsse erwähnt werden, dass in beiden diagnostizierten Bereichen eine Besserung eingetreten sei. Die Elemente des hohen psychosozialen Druckes, welche an der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ursächlich mitgewirkt hätten, seien deutlich gemildert und unter der jetzt etablierten Psychotherapie/Psycho-

pharmakotherapie habe sich auch die Depression deutlich gebessert. Es sei durchaus möglich, dass es noch zu einer weiteren Besserung komme. Aufgrund der psychiatrischen Situation bestehe eine etwa 40%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 29). Insgesamt hielten die Gutachter fest, in der langjährig ausgeübten Tätigkeit als ... in der ... für ... sei der Explorand aktuell zu 60% arbeitsfähig (mit Besserungsoption). Eine andere Tätigkeit ins Auge zu fassen erübrige sich, da die Arbeitgeberin den angestammten Arbeitsplatz für den Versicherten freihalte (S. 30 Ziff. 5.1 f.).

3.1.2 Aus dem Dargelegten folgt, dass die Rentenzusprache mit Verfügung vom 16. November 2006 (AB 60 S. 2) ausschliesslich auf der Grundlage eines unklaren Beschwerdebildes im Sinne von lit. a Abs. 1 SchlBest. IV 6/1 erfolgt ist. Im Weiteren sind die Ausschlusskriterien gemäss lit. a Abs. 4 SchlBest. IV 6/1 nicht gegeben: So war der 1964 geborene Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung am 1. Januar 2012 weder 55 Jahre alt, noch lag ein mehr als 15-jähriger Rentenbezug vor (der Beginn des Rentenanspruchs erfolgte per 1. Juli 2003 [AB 60 S. 6]). Ferner wurde die Überprüfung mit Zustellung des Revisionsfragebogens im November 2013 (AB 87) eingeleitet (vgl. BGE 139 V 442; E. 2.7 hiervor). Demnach ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die laufende Viertelsrente unter dem Titel der Schlussbestimmungen frei überprüft hat.

3.2 Der angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2016 (AB 129) liegen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten zugrunde:

3.2.1 Im Verlaufsbericht vom 10. Dezember 2013 (AB 88) berichtete der Hausarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, von einem stationären Gesundheitszustand und gab an, seit der letzten Diagnosestellung habe sich keine Änderung ergeben.

3.2.2 Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 9. April 2014 (AB 95) aus, der Gesundheitszustand sei stationär. Betreffend die Schmerzkrankheit seien die Befunde unverändert. Hinsichtlich des psychischen Zustandes sei der Verlauf variabel. Die depressions-assoziierten Schlafstörungen seien besser, aktuell bestehe indessen ein verschärftes Aggressionsproblem. Die subjektiven und psy-

chometrischen Kriterien der Depression wiesen aktuell auf eine Verschlechterung hin (S. 1 Ziff. 1 f.). Der Patient sei im Rahmen seines Leidens seit mehr als 10 Jahren 50% arbeitsunfähig. Diese Belastung sei seinem Zustandsbild angepasst.

3.2.3 Das MEDAS-Gutachten vom 22. Dezember 2014 (AB 110.1) basiert auf einer allgemeininternistischen Untersuchung sowie auf den Fachgutachten in den Bereichen Rheumatologie und Psychiatrie. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 20 f. Ziff. 4.1 f.):

Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit:

- Unveränderte, residuelle, leichte Funktionseinbusse der linken Hand mit Sensibilitätsstörung
- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert:

- Unspezifisches, linksseitiges zervikales Schmerzsyndrom mit myofaszialem Reizzustand im Bereiche der Nacken-/Schulterpartie links
- Chronisches unspezifisches thorakolumbales Schmerzsyndrom
- Chronifiziertes, therapierefraktäres Halbseitenschmerzsyndrom links ohne adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat
- Residualzustand mit druckdolenter Schwellung im Bereiche der Planta pedis medial links mit Narbenkeloid
- Asymptomatischer leichter Spreizfuss beidseits
- Adipositas
- Chronische Spannungskopfschmerzen
- Hyperopie/Presbyopie
- Status nach Hepatitis B

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 29. November 2014 (AB 110.2) legte Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, dar, der Explorand mache auf der Beschwerdeebene eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber dem MEDAS-Gutachten 2006 geltend. Auf der Befundebene bestünden jedoch keine klinischen oder bildgebenden, objektivierbaren Veränderungen am Bewegungsapparat, welche auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hinweisen würden (S. 9 f.). Übereinstimmend mit der rheumatologischen Einschätzung anlässlich des MEDAS-Gutachtens 2006 sei dem Versicherten medizinisch-theoretisch hinsichtlich der langjährigen, angestammten Tätigkeit (...) weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar.

Dies gelte ebenso für eine alternative Tätigkeit, die der leichten residuellen Funktionsbehinderung an der linken Hand Rechnung trage (S. 10 Ziff. 6.1).

Aus psychiatrischer Sicht führte Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Teilgutachten vom 26. November 2014 (AB 110.3) aus, gemäss den Angaben des Exploranden habe sich der Gesundheitszustand seit dem Jahre 2006 nicht verändert, eher sei es ein wenig schlechter geworden. Einerseits gebe er an, dass ihm die Arbeit gut tue, andererseits sei er geplagt von der Sorge, sein Arbeitgeber könnte ihm kündigen wegen seiner Aggressionsausbrüche (S. 6 Ziff. 4). Die Sorge des Kontrollverlustes werde vom Versicherten immer wieder angeführt und wirke deutlich übersteigert. Es habe noch keine relevanten Dekompensationen gegeben, der Versicherte treffe sich mit anderen Personen und gehe seiner Arbeit unverändert nach. Allenfalls könne diese Sorge im Rahmen der Depression gesehen werden. Im Vergleich zur Beurteilung im Jahre 2006 sei die Depression stärker geworden, von leichtgradig zu mittelgradig. Weiterhin vorhanden seien zudem die Schmerzen, die somatisch teilweise begründet, in ihrer Ausprägung jedoch nicht ausreichend erklärbar seien. Unter Berücksichtigung der aktuellen Lebenssituation des Versicherten sowie angesichts dessen, dass er diversen psychischen Belastungssituationen ausgesetzt sei und sich schnell Sorgen mache, sei in medizinischer Sicht die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu stellen. Diese Diagnose habe es im ICD-10 im Jahre 2006 noch nicht gegeben, weswegen damals die anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden sei. In der Schmerzausprägung scheine sich im Vergleich zu damals nicht sehr viel geändert zu haben. Unter Einbezug der „Foerster-Kriterien“ (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354) erläuterte Dr. med. G. _____, es lägen sowohl somatische Störungen wie auch eine mittelgradige Depression vor, womit mehrere Komorbiditäten gegeben seien. Ein sozialer Rückzug zeige sich kaum. Der primäre Krankheitsgewinn sei in den fehlverarbeiteten Sorgen des Exploranden zu sehen, die sich im Schmerzerleben ausdrückten. Die Behandlungsergebnisse seien unbefriedigend, allerdings sei die Psychopharmakotherapie, wie sich aus den Blutspiegeluntersuchungen ergebe, nicht konsequent vom Exploranden umgesetzt worden. Insgesamt seien einige Kriteri-

en erfüllt, teils deutlich, teils eingeschränkt. Zusammenfassend ergebe sich aus medizinischer Sicht, dass die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren einen geringen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (S. 7 f.). Insgesamt gab Dr. med. G. _____ an, die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten zu 50% zumutbar. Diese Beurteilung gelte auch für jede andere Tätigkeit (S. 8 Ziff. 5.1 f.).

Die Gutachter hielten nach durchgeführter Konsensbesprechung fest, die somatischen Beschwerden seien seit der Begutachtung im Jahre 2006 unverändert; eine leichte Verschlechterung habe im psychiatrischen Bereich stattgefunden (AB 110.1 S. 23). In der angestammten Tätigkeit als ... sei der Versicherte zu 50% arbeitsfähig. Eine Alternativtätigkeit, in welcher eine höhergradige Arbeitsfähigkeit erzielt werden könnte, bestehe nicht (AB 110.1 S. 21 Ziff. 5.1 f.).

3.2.4 Mit Schreiben vom 25. März 2016 (AB 128 S. 5) nahm Dr. med. E. _____ zum Vorbescheid vom 5. Februar 2016 Stellung und brachte im Wesentlichen vor, das MEDAS-Gutachten 2014 erfülle die Abklärungskriterien weitgehend. Es betone die weiterbestehenden Ressourcen des Patienten neben seinen unbestritten bestehenden Einschränkungen und attestiere eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1). Die Sachbearbeiter der IVB seien hingegen – ungeachtet der geänderten Rechtsprechung – zum völlig willkürlichen Schluss gekommen, dem Patienten die Rente zu streichen. Eine sachlich-medizinische Begründung hierfür fehle. Sehr irritierend sei dabei, dass die Sachbearbeiter eigenmächtig und selektiv gewisse Indikatoren und Diagnosen interpretierten und zu diesen selber Stellung nähmen, ohne den Patienten je gesehen zu haben (S. 2).

3.3 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).

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2016 (AB 129) massgeblich auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten 2014 (AB 110.1) gestützt. Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in der ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Auf das MEDAS-Gutachten 2014 ist somit abzustellen.

3.5 In somatischer Hinsicht hat der Rheumatologe Dr. med. F. _____ differenziert und verständlich dargelegt, dass sich auf der Befundebene keine klinischen oder bildgebenden, objektivierbaren Veränderungen am Bewegungsapparat gezeigt haben, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem MEDAS-Gutachten 2006 hinweisen (AB 110.2 S. 10). In Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führte er nachvollziehbar aus, dass – übereinstimmend mit der rheumatologischen Einschätzung im MEDAS-Gutachten 2006 (AB 49 S. 28) – dem Beschwerdeführer aus medizinisch-theoretischer Sicht die langjährige, angestammte Tätigkeit weiterhin zu 100% zumutbar ist und

diese Beurteilung auch für eine alternative Tätigkeit gilt, die der leichten residuellen Funktionsbehinderung an der linken Hand Rechnung trägt (AB 110.2 S. 10 Ziff. 6.1). Diese Beurteilung ist nicht nur in sich schlüssig und überzeugend, sondern findet Rückhalt in den medizinischen Akten und steht im Einklang mit den Berichten der Dres. med. D._____ und E._____, die ebenfalls von einem stationären Gesundheitszustand ausgingen (AB 88 S. 1 Ziff. 1; 95 S. 1 Ziff. 1). Insbesondere wies Dr. med. E._____ im Bericht vom 9. April 2014 (AB 95 S. 1 Ziff. 3) explizit darauf hin, dass die neurovegetativen Veränderungen an der operierten Hand links unverändert geblieben sind. Der Beschwerdeführer bringt diesbezüglich denn auch nichts Gegenteiliges vor.

3.6 Aus psychiatrischer Sicht hat Dr. med. G._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert (AB 110.3 S. 6 Ziff. 3.1).

3.6.1 In Bezug auf die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode ist darauf hinzuweisen, dass es sich hierbei definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden handelt, womit es prinzipiell an der zur Begründung eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens nötigen Dauerhaftigkeit mangelt (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Januar 2007, I 510/06, E. 6.3 mit Hinweisen). Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung denn auch grundsätzlich als therapeutisch angebar (Entscheide des BGer vom 29. August 2012, 9C_266/2012, E. 4.3.2 und vom 7. Februar 2012, 9C_736/2011, E. 4.2.2.1). Die mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) ist somit aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht nicht als invalidisierender Gesundheitsschaden zu berücksichtigen.

3.6.2 Betreffend die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) legte Dr. med. G._____ – unter Bezugnahme auf die „Foerster-Kriterien“ – dar, dass diese aus medizinischer Sicht einen geringen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat (AB 110.3 S. 7 f.). Auch wenn das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G._____ vom 26. November 2014 grundsätzlich überzeugt, so kann

nicht unbesehen auf seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, denn das Gutachten wurde in zeitlicher Hinsicht vor der mit Urteil vom 3. Juni 2015 eingeleiteten Praxisänderung erstellt (BGE 141 V 281 E. 3.5 S. 294). Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren jedoch nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309). Wie nachfolgend aufgezeigt wird, bietet das psychiatrische Teilgutachten hinreichend Aufschluss für die Beurteilung nach den Vorgaben gemäss der neuen Rechtsprechung. Dabei ist – entgegen der Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 25. März 2016 (AB 128 S. 5) – nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Prüfung der Indikatoren vorgenommen hat, zumal die Frage nach der invalidisierenden Wirkung eines Krankheitsgeschehens keine (allein) vom medizinischen Sachverständigen zu beantwortende Tat-, sondern eine vom Rechtsanwender zu prüfende Rechtsfrage darstellt (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1.1 S. 304 f.).

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht übermässig ist. So hielt Dr. med. F. _____ fest, dass der Beschwerdeführer bei der rheumatologischen Untersuchung einen flüssigen und unbehindert wirkenden Gang zeigte, während der Anamneseerhebung ruhig auf seinem Stuhl sass, mit lebhafter Mimik und Gestik, und kein sehr grosser Leidensdruck spürbar war (AB 110.2 S. 2 Ziff. 3.1.1). Zum Tagesablauf und zur Freizeitgestaltung gab der Beschwerdeführer zudem an, morgens arbeite er bis

11.45 Uhr, komme dann nach Hause, esse zu Mittag und lege sich ein bis zwei Stunden hin. Als Hobby gehe er gerne ins Dorf und in den Wald laufen oder unternehme etwas mit seiner Frau. Manchmal gehe er mit seiner Frau einkaufen, sonst schaue er fern oder lese Zeitung. Im Haushalt mache er praktisch nichts. Er helfe beim Auftischen und Aufräumen mit, aber erledige keine grossen Arbeiten. Er kenne viele Kollegen von der Arbeit her. Am Wochenende unternehme er vier- bis fünfmal im Jahr etwas. Manchmal gehe er mit einem der Kinder raus. Ferner fahre er einmal pro Jahr mit dem Auto in die Heimat, wobei er selber 1.5 Stunden am Stück fahren könne (AB 110.3 S. 3). Unter dem Titel „Behandlungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer bloss einmal pro Monat in die Psychotherapie geht (AB 110.3 S. 2) und die Psychopharmakotherapie gemäss den Blutspiegeluntersuchungen nicht konsequent umsetzt (AB 110.3 S. 7). Diese Tatsachen sprechen nicht nur gegen das Vorliegen einer schweren und therapeutisch nicht mehr angehbaren psychischen Störung, sondern auch gegen das Vorhandensein eines Leidensdrucks. Hinsichtlich des Indikators „Komorbiditäten“ hat das Bundesgericht ausgeführt, dass die psychische Komorbidität nicht mehr generell vorrangig, sondern lediglich gemäss ihrer konkreten Bedeutung im Einzelfall beachtlich ist, so namentlich als Gradmesser dafür, ob sie der versicherten Person Ressourcen raubt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Vorliegend bestehen keine Komorbiditäten. Aus psychiatrischer Sicht findet sich – wie bereits ausgeführt (vgl. E. 3.6.1 hiervor) – keine eigenständige (schwere und nicht mehr angehbare) psychische Störung. Auch die aus somatischer Sicht diagnostizierte residuelle, leichte Funktionseinbusse der linken Hand mit Sensibilitätsstörung hat keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und steht damit der Überwindbarkeit ebenfalls nicht entgegen (AB 110.2 S. 10 Ziff. 6.1). Was den Komplex „Persönlichkeit“ anbelangt ist festzuhalten, dass zwar ein depressives Leiden diagnostiziert worden ist (AB 110.3 S. 6 Ziff. 3.1), jedoch nicht von einer auffälligen vorbestehenden Persönlichkeitsstruktur auszugehen ist. Insbesondere wurde im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. November 2014 vermerkt, dass keine Wahnsymptome oder Halluzinationen und auch keine Ich-Störungen vorliegen (AB 110.3 S. 5). Somit sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, wonach die Persönlichkeit des Beschwerdeführers ein Leistungsvermögen ausschliessen würden (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302). Der soziale Kontext (BGE

141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass die Freizeitgestaltung resp. das Leben des Beschwerdeführers nicht ausgeprägt eingeschränkt sind. So hilft er u.a. bei verschiedenen Haushaltsarbeiten mit, unternimmt manchmal etwas mit einem seiner Kinder (er ist Vater von fünf Kindern [AB 110.1 S. 10 Ziff. 1.2.1]), geht gern ins Dorf und in den Wald laufen, unternimmt etwas mit seiner Frau und reist einmal pro Jahr in seine Heimat, wobei er selber 1.5 Stunden am Stück mit dem Auto fahren kann. Im Weiteren kennt er viele Kollegen von der Arbeit und pflegt einen guten Kontakt mit seinen Geschwistern in der Heimat, mit welchen er mindestens einmal im Monat telefoniert (AB 110.3 S. 2 f.). Der Lebenskontext hält ihm folglich genügend mobilisierbare Ressourcen bereit. Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist schliesslich festzuhalten, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu erheben ist. Während der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben in der Freizeit verschiedenen Tätigkeiten nachgehen kann und gute soziale Kontakte pflegt (AB 110.3 S. 3), betrachtet er sich in der angestammten Tätigkeit weiterhin zu 50% arbeitsunfähig (AB 110.1 S. 17 Ziff. 3). Dieses Verhalten spricht für eine Inkonsistenz. Zudem wies Dr. med. G._____ darauf hin, dass die Ausführungen des Beschwerdeführers – insbesondere in Bezug auf die Sorge eines Kontrollverlustes – teils übertrieben wirkten (AB 110.3 S. 6 f. Ziff. 4). Auch aus somatischer Sicht wurde festgehalten, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes weder mit klinischen noch mit bildgebenden, objektivierbaren Veränderungen am Bewegungsapparat bestätigt werden könne (AB 110.2 S. 9 f.). Damit ist erstellt, dass der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) unter Prüfung der massgebenden Indikatoren – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 4 ff. Ziff. 5) – keine invalidisierende Wirkung zukommt.

3.7 Aufgrund der medizinischen Akten und insbesondere gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten 2014 (AB 110.1) ist der Sachverhalt hinreichend erstellt. Auf die beschwerdeweise eventualiter beantragte Einholung eines ergänzenden Gutachtens kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) somit verzichtet werden.

3.8 Nach dem Dargelegten steht fest, dass in somatischer Hinsicht gegenüber dem Gutachten im Jahre 2006 keine wesentliche Veränderung eingetreten und nach wie vor von einer geringfügigen und nicht massgebenden Einschränkung der linken Hand auszugehen ist. Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht ist zudem erstellt, dass kein psychiatrischer Gesundheitsschaden vorliegt, der invalidisierend ist. Folglich besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers mehr auf eine Invalidenrente. Der Zeitpunkt der Rentenaufhebung auf das Ende des der Verfügung vom 26. Mai 2016 (AB 129) folgenden Monats ist in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 und Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) nicht zu beanstanden.

4.

Die angefochtene Verfügung vom 26. Mai 2016 (AB 129) erweist sich nach dem Ausgeführten als rechtens und ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und damit 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 Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.