

200 16 784 IV
SCJ/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. März 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Juli 2016



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im März 2005 unter Hinweis auf diverse, nach einem Sturz im ... 2004 aufgetretene Beschwerden (chronische Kopfschmerzen, Epilepsie, psychische Beschwerden) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 2 S. 3-8, 16 und 94). Die damals zuständige Kantonale IV-Stelle Wallis holte die Akten des Unfallversicherers ein (act. II 2 S. 208-256), tätigte erwerbliche Abklärungen, holte Berichte behandelnder Ärzte ein – welche u.a. Hinweise auf einen intermittierenden Suchtmittelmissbrauch enthielten (vgl. act. II 2 S. 17) –, veranlasste bei Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine Begutachtung (Expertise vom 16. November 2005 [act. II 2 S. 73-85]) und wies den Versicherten hernach unter Hinweis auf dessen Schadenminderungspflicht an (act. II 2 S. 106 f.), sich einer psychiatrischen Behandlung zu unterziehen. Diese führte nach Einschätzung der behandelnden Ärzte zu keiner wesentlichen Besserung des (psychischen) Gesundheitszustandes (act. II 2 S. 148), woraufhin die Kantonale IV-Stelle Wallis dem Versicherten mit Verfügungen vom 13. Mai und 9. Juni 2008 (act. II 2 S. 177-180 und S. 185-188) ab 1. Juli 2005 eine auf einem Invaliditätsgrad von 100% basierende ganze Invalidenrente zusprach.

B.

Im Juni 2009 verlegte der Versicherte seinen Wohnsitz in den Kanton Bern (act. II 2 S. 201). Im Juni 2010 leitete die nunmehr zuständige IVB ein Revisionsverfahren ein, indem sie erwerbliche Abklärungen tätigte, medizinische Berichte einholte und zwei Laboruntersuchungen durchführen liess, welche jeweils positive Resultate für diverse Suchtmittel ergaben (act. II 15; 27). Zudem veranlasste sie im Juni 2012 bei der Begutachtungsstelle D._____ (MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 15. August 2012 [act. II 33.1 S. 2 ff.]), worauf die IVB – nachdem sie zu-

sätzlich eine Stellungnahme des RAD eingeholt hatte – die Invalidenrente mit Verfügung vom 16. Oktober 2012 (act. II 47) bei einem Invaliditätsgrad von 30% per Ende November 2012 aufhob. Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 4. September 2014 (VGE IV/1100/2012 [act. II 59]) insoweit gut, als es die Sache an die IVB zwecks Durchführung weiterer Abklärungen zurückwies. In der Begründung hielt das Verwaltungsgericht im Wesentlichen fest, dass sich das Gutachten der D. _____ (MEDAS) unzureichend mit der Frage nach einer revisionsbegründenden Änderung des (psychischen) Gesundheitszustandes auseinandergesetzt habe.

In der Folge liess die IVB bei der E. _____ (MEDAS) ein polydisziplinäres Gutachten erstellen (Expertise vom 25. Februar 2015 [act. II 68.1 ff.]), worin u.a. festgehalten wurde, dass sich die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch suchttherapeutische Massnahmen sowie eine ambulante psychiatrische Behandlung vermindern lasse (S. 21). Daraufhin forderte die IVB den Versicherten unter Hinweis auf die ihm obliegende Schadenminderungspflicht und unter Androhung von Säumnisfolgen zur „Abstinenz von allen psychotropen Substanzen“ (act. II 73) bzw. zur „Abstinenz von ärztlich nicht verschriebenen“ Benzodiazepinen, Opioiden und Cannabinoiden auf (act. II 84) und liess zu deren Überprüfung Laboruntersuchungen durchführen (vgl. act. II 76 S. 2; 80 S. 2; 90 S. 2; 95 S. 2), welche betreffend diverser Suchtstoffe jeweils positive Werte lieferten. Nachdem die IVB bei der behandelnden Ärztin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, eine Stellungnahme (act. II 94 S. 3) sowie von der RAD-Ärztin Dr. med. G. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, einen ärztlichen Bericht eingeholt hatte (act. II 97 S. 2), stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 1. März 2016 (act. II 98) bei einem Invaliditätsgrad von 0% die Aufhebung der Invalidenrente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats mit der Begründung in Aussicht, er habe die Suchtmittelabstinenz respektive die Schadenminderungspflicht nicht eingehalten. Daran hielt sie auf Einwand des Versicherten hin (act. II 99) mit Verfügung vom 7. Juli 2016 (act. II 100) fest.

C.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 5. September 2016 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 7. Juli 2016 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei weiterhin eine volle Rente auszurichten.
2. Dem Beschwerdeführer sei im vorliegenden Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, unter Beiordnung des unterzeichnenden Anwalts als amtlicher Rechtsbeistand.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Begründung macht der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, die in der Laboruntersuchung vom 20. November 2015 festgestellten erhöhten Benzodiazepinspiegel im Urin liessen sich gemäss Angaben der behandelnden Ärztin Dr. med. F. _____ durch die Einnahme von Xanax erklären, die erhöhten Urin-Opiatspiegel durch die Einnahme von Co-Dafalgan. Die erhöhten Amphetaminwerte seien auf eine einmalige Selbstmedikation (Tramal und Elvanse) in den Tagen vor der Kontrolle zurück zu führen. Im Übrigen gehöre Amphetamin nicht zu der Liste der Substanzen, bei welchen sich der Beschwerdeführer zur Abstinenz verpflichtet habe. Bezüglich Cannabinoiden bestehe ein stetig sinkender Verlauf. Die Urinprobe vom 16. Dezember 2016 (richtig: 2015) weise lediglich positive Werte für Benzodiazepine und Opiate auf, was durch die Einnahme der ärztlich verschriebenen Medikamente Xanax und Co-Dafalgan erklärt werde. Weiter sei ersichtlich, dass keine positiven Werte von Cannabinoiden im Urin nachgewiesen worden seien, was auf die von der Beschwerdegegnerin geforderten und vom Beschwerdeführer eingehaltene Abstinenz nicht ärztlich verschriebener Substanzen, wie z.B. Cannabis, zurückzuführen sei (S. 5). Die Tatsache, dass in der letzten Urinprobe noch eine kleinere Menge an Cannabinoiden nachgewiesen worden sei, müsse damit zusammenhängen, dass sich der Wirkstoff THC im Urin noch sehr lange nachweisen lasse. Insgesamt belegten die zwei Urinproben, dass sich der Beschwerdeführer an die Abstinenz von Benzodiazepinen, Opioiden und Cannabis im Rahmen der Schadenminderungspflicht gehal-

ten, sich der Gesundheitszustand jedoch nicht gebessert habe (S. 6). Es bestehe weiterhin Anspruch auf eine ganze IV-Rente (S. 7).

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Oktober 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde unter Auferlegung der Verfahrenskosten zu Lasten des Beschwerdeführers. In der Begründung verweist sie im Wesentlichen auf die Aktennotiz bzw. die Stellungnahme von Dr. med. G. _____ (RAD) vom 27. September 2016 (act. II 105; 107) und macht zusammengefasst geltend, dass die therapeutischen Dosen nicht ausreichten, um die vorliegenden Laborwerte zu erklären. Zudem macht sie mit Hinweis auf die Möglichkeit der Bestätigung der leistungsaufhebenden Verfügung mittels substituierter Begründung der Wiedererwägung geltend, es sei zumindest fraglich, ob die ursprüngliche Rentenzusprache rechtens gewesen sei.

Mit Verfügung vom 11. Oktober 2016 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt gut.

Mit Replik vom 10. November 2016 hält der Beschwerdeführer an seinen mit Beschwerde vom 5. September 2016 gestellten Rechtsbegehren und dargelegten Standpunkten fest. Zudem seien die Ausführungen in der RAD-Stellungnahme viel zu allgemein, weshalb ihr nicht gefolgt werden könne.

Mit Eingabe vom 12. Dezember 2016 verzichtete die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine Aktennotiz der RAD-Ärztin Dr. med. G. _____ vom 12. Dezember 2016 (in den Gerichtsakten) auf eine weitere Stellungnahme im Rahmen einer Duplik.

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 7. Juli 2016 (act. II 100). Mit Bezug auf den Streitgegenstand ist Folgendes festzuhalten: Die Beschwerdegegnerin hat bereits mit Verfügung vom 16. Oktober 2012 (act. II 47) die Invalidenrente per Ende November 2012 eingestellt und einer dagegen gerichteten Beschwerde die aufschiebende Wirkung entzogen (S. 2). Die nämliche Verfügung wurde mit VGE IV/1100/2012 vom 4. September 2014 (act. II 59) aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Rechtsprechungsgemäss dauerte damit der Entzug der aufschiebenden Wirkung grundsätzlich auch für den Zeitraum des anschliessenden Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verfügung an (BGE 129 V 370).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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 Die Beschwerdegegnerin begründet die Aufhebung der Invalidenrente mit einer Verletzung der Schadenminderungspflicht, indem der Beschwerdeführer die Verpflichtung zur Abstinenz von sämtlichen psychotropen Substanzen nicht eingehalten habe (act. II 100 S. 1).

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3

2.3.1 Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt der Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Sodann muss sie an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen, insbesondere an Massnahmen der Frühintervention, Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, Massnahmen beruflicher Art, medizinischen Behandlungen nach Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) und Massnahmen zur Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern (Art. 7 Abs. 1 und 2 IVG). Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient;

ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG).

2.3.2 Kommt die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 IVG oder Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nach, können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG).

2.4

2.4.1 Im Gutachten der E._____ (MEDAS) vom 25. Februar 2015 (act. II 68.1) hielt der federführende psychiatrische Teilgutachter fest, insgesamt liege eine Störung hinsichtlich psychotroper Substanzen vor, wobei ein komplexes Krankheitsbild gegeben sei, da zum einen mehrere Substanzen konsumiert, zum anderen diese auch teilweise im Rahmen ärztlicher Behandlung verordnet würden (Benzodiazepine, Codein/Co-Dafalgan [S. 14]). Die schon im Rahmen vorangegangener Behandlungen und Begutachtungen gestellte Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms, multipler Substanzgebrauch, sei eindeutig zu bestätigen. Die aktuellen Symptome (Ängste, depressive Symptome, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Rückzugsverhalten) könnten vollkommen durch den fortgesetzten Substanzkonsum erklärt werden. Müdigkeit und Konzentrationsstörungen seien durch die Wirkung von Cannabis, Codein und dem Benzodiazepin Alprazolam erklärbar. Ängste und depressive Symptome kämen bei Abhängigkeitserkrankungen häufig substanzinduziert vor, im Sinne direkter Suchtmittelwirkung, aber auch im Rahmen fluktuierender Entzugssymptomatik aufgrund nicht gleichmässiger Substanzspiegel im Blut. Auch die vom Beschwerdeführer beschriebenen Gefühle des „Verfolgt-Werdens“ seien durch den Suchtmittelkonsum (insbesondere Cannabis) erklärbar. Das geschilderte Rückzugsverhalten sei bei Suchterkrankungen ebenfalls häufig. Es sei davon auszugehen, dass nach erreichter Abstinenz bezüglich Cannabis, Benzodiazepinen und Opioiden (Cannabis) innerhalb einer überschaubaren Frist eine erhebliche psychische Stabilisierung eintreten würde. Bei langjährigen Abhängigkeitserkrankungen seien für eine vollständige Stabilisierung (bezüglich Ängsten, Depressivität, kognitiven

Störungen) ca. sechs Monate zu veranschlagen, in Einzelfällen auch bis zu 12 Monate. Eine sehr deutliche, wenn auch nicht vollständige Besserung trete aber häufig schon nach einigen Wochen ein (S. 15). Durch suchtttherapeutische Massnahmen mit dem Ziel eines vollständigen Verzichts auf psychotrope Substanzen sowie eine ambulante psychiatrische Behandlung liessen sich die Beeinträchtigungen vermindern (S. 21).

2.4.2 Nachdem die Beschwerdegegnerin das Gutachten der E. _____ (MEDAS) der RAD-Ärztin Dr. med. G. _____ zur Beurteilung vorgelegt hatte, forderte sie den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 29. April 2015 (act. II 73) auf, sich mit dem Hausarzt in Verbindung zu setzen und bis spätestens am 31. Mai 2015 eine schriftliche und unterzeichnete Erklärung einzureichen, mit welcher er sich zur „Abstinenz von allen psychotropen Substanzen“ bereit erkläre, was unterblieb. Die am 3. und 21. Juli 2015 durchgeführten Laboruntersuchungen ergaben beide positive Ergebnisse für Benzodiazepine, Cannabinoide und Opiate (act. II 80 S. 2), was der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin mit den Auswirkungen ärztlich verschriebener Medikamente begründete (act. II 82 S. 1).

Mit zu Händen der Beschwerdegegnerin erstelltem Bericht vom 6. Oktober 2015 (act. II 83 S. 3) hielt Dr. med. F. _____ fest, sie habe dem Beschwerdeführer am 23. Juni 2015 erstmals ein Dauerrezept u.a. für Co-Dafalgan (Opiat) und Xanax (Benzodiazepin) ausgestellt. Der Beschwerdeführer habe diese Medikamente gemäss eigenen Angaben bereits seit ca. 10 Jahren eingenommen, sie seien ihm auch vom früheren Hausarzt verschrieben worden. Sie habe die Therapie vorläufig weitergeführt. Bezüglich Cannabis habe sie keine Verordnungen ausgestellt. Sie könne nicht beurteilen, inwieweit die gemessenen Blutspiegel mit den vom Beschwerdeführer angegebenen Dosen übereinstimmten. Der im Verlauf deutlich abnehmende Cannabinoidspiegel decke sich zumindest mit den vom Beschwerdeführer gemachten Angaben des reduzierten Konsums.

In der Folge forderte die Beschwerdegegnerin mit einem weiteren Mahn- und Bedenkzeitschreiben vom 15. Oktober 2015 (act. II 84) den Beschwerdeführer auf, bis spätestens am 30. Oktober 2015 eine schriftliche Erklärung zukommen zu lassen, mit welcher er sich zur Abstinenz von *ärztlich*

nicht verschriebenen Benzodiazepinen, Opioiden und Cannabinoiden bereit erkläre (S. 1). Mit Schreiben vom 30. Oktober 2015 (act. II 86) teilte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin mit, die fraglichen Substanzen nicht mehr zu konsumieren. Zwei weitere Laboruntersuchungen vom 20. November und 16. Dezember 2015 (act. II 95 S. 2) ergaben indes weiterhin positive Werte für Benzodiazepine und Opiate, während die Untersuchung vom 16. Dezember 2015 in Bezug auf Cannabinoide nunmehr negativ ausfiel, indessen jene vom 20. November 2015 zusätzlich einmalig ein positives Testergebnis für Amphetamine ergab.

Am 14. Dezember 2015 (act. II 94 S. 3) berichtete Dr. med. F. _____ zu Händen der Beschwerdegegnerin, das am 23. Juni 2015 ausgestellte Dauerrezept sei nach wie vor gültig. Sie habe dem Beschwerdeführer nie Cannabis oder Amphetamine verschrieben. Auf den Nachweis von Amphetaminen angesprochen habe er erklärt, einmal wegen starken Schmerzen von seiner Schwester Tramadol erhalten zu haben. Danach habe er 24 Stunden fast nur geschlafen, worauf ihm die Schwester einmalig Elvanse gegeben habe, welches Medikament Amphetamine enthalte. Er berichte ausserdem, mit dem Kiffen aufgehört zu haben und er sei fest gewillt, diesbezüglich weiterhin abstinent zu bleiben. Xanax könne die erhöhten Benzodiazepinspiegel im Urin erklären. Ob die Werte im Urin mit den oben angegebenen Tablettenmengen korrelierten wisse sie nicht. Co-Dafalgan könne zu einem erhöhten Urin-Opiatspiegel führen. Auch hier wisse sie nicht, ob die verschriebene Dosis mit dem Spiegel vereinbar sei. Zudem habe sie den Beschwerdeführer zur psychiatrischen Behandlung u.a. mit dem Ziel der Reduktion des Konsums der psychotropen Substanzen angemeldet. Es hätten zweimalig Konsultationen in den Psychiatrischen Diensten H. _____ stattgefunden. Aktuell suche der Beschwerdeführer in den Psychiatrischen Diensten H. _____ einen neuen Psychiater, welcher ihn besser verstehe.

Am 4. Januar 2016 stellte Dr. med. F. _____ ein weiteres Dauerrezept für die bereits genannten Medikamente aus (act. II 99 S. 4).

Mit ärztlichem Bericht vom 20. Januar 2016 (act. II 97 S. 2) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. G. _____ fest, zwecks Überprüfung der Abstinenz solle Ende Januar (2016) ein weiteres „Drogenscreening“ durchgeführt werden.

In der Folge stellte die Beschwerdegegnerin die Rentenleistungen auf Ende August 2016 ein, ohne eine weitere Laboruntersuchung durchgeführt zu haben.

2.4.3 In der Aktennotiz vom 27. September 2016 (act. II 105 S. 1) hielt Dr. med. G._____ fest, mit Bezug auf das Medikament Xanax reiche die therapeutische Dosis nicht aus, um die im Urin nachgewiesenen Mengen an Benzodiazepinen zu erreichen. Ob Co-Dafalgan sodann ausreiche, um die angegebenen Opiat-Werte zu begründen, könne sie nicht sagen.

Mit weiterer Aktennotiz vom 12. Dezember 2016 (in den Gerichtsakten) berichtete Dr. med. G._____, wie hoch eine Urinkonzentration von Opiaten nach sechs Tabletten Co-Dafalgan sein könne, lasse sich nie genau berechnen bzw. aus einem Spontanurin ableiten. Dazu müsse man exakt über 24 Stunden Urin sammeln und dann auch die allgemeine Konzentration im Urin beachten. Rechnerisch liege der getestete Wert bei regelmässiger Einnahme von sechs Tabletten Co-Dafalgan im Bereich des Möglichen. Allerdings mache es keinen Sinn, über lange Zeit immer sechs Tabletten Co-Dafalgan täglich einzunehmen.

2.5

2.5.1 Aufgrund der Akten ist zunächst erstellt, dass beim Beschwerdeführer ein Abhängigkeitssyndrom durch multiplen Gebrauch psychotroper Substanzen vorliegt, welches nach Einschätzung der Gutachter des E._____ (MEDAS) die aktuellen und die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Symptome und Beschwerden vollkommen erklärt (act. II 68.1 S. 15). Sodann hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer vor dem Hintergrund, dass die Gutachter im Falle einer Abstinenz von Cannabis, Benzodiazepinen und Opioiden prognostisch eine erhebliche psychische Stabilisierung in Aussicht gestellt haben sowie der konstanten Rechtsprechung, wonach insbesondere Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität begründen (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268) bzw. eine solche nicht vorliegt, wenn nur Befunde zu erheben sind, welche durch das Suchtverhalten ihre hinreichende Erklärung finden (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 8. Oktober 2015, 8C_582/2015, E. 2.2.1), grundsätzlich zu Recht zur Abstinenz aufgefordert. Während jedoch die

Gutachter des E. _____ (MEDAS) einen vollständigen Verzicht auf psychotrope Substanzen als erforderlich erachteten, forderte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer im zweiten Mahn- und Bedenkzeitschreiben einzig zur Abstinenz von ärztlich nicht verschriebenen psychotropen Substanzen auf (act. II 84). Diese Einschränkung erfolgte offensichtlich vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die behandelnde Ärztin Dr. med. F. _____ ohne weitere Begründung die (seit mehreren Jahren bestehende) Medikation mit Co-Dafalgan (Opiat) und Xanax (Benzodiazepin) unverändert weiter verschrieben hat (act. II 94 S. 3; 99 S. 4), wohingegen die MEDAS-Gutachter nachvollziehbar und überzeugend (abgesehen von der Epilepsiemedikation) eine vollständige Abstinenz für geboten und zumutbar hielten (vgl. act. II 68.1 S. 20; 68.2 S. 9; 68.4 S. 6 f.).

2.5.2 Mit Blick auf die Ausführungen im Gutachten der E. _____ (MEDAS) (act. II 68.1 S. 14), wonach eine Dauermedikation mit diesen Medikamenten an und für sich nicht vorgesehen sei bzw. nur in Ausnahmefällen erfolgen sollte, da ein hohes Suchtpotenzial bestehe bzw. im Lichte der Angaben im Rahmen der die fraglichen Medikamente betreffenden Arzneimittelinformationen von Swissmedic (vgl. die jeweiligen Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen), hat entsprechend der Empfehlung der Administrativexperten vor der abschliessenden Beurteilung ein Entzug zu erfolgen. Da die Beschwerdegegnerin vom Beschwerdeführer einzig verlangte, auf den Konsum ärztlich *nicht* verschriebener Benzodiazepine, Opioide und Cannabinoide zu verzichten, ist insoweit allein entscheidend, dass zwar gestützt auf die Laboruntersuchungen unverändert – und unbestrittenermassen – positive Werte für Opioide und Benzodiazepine ausgewiesen sind, jedoch weder die behandelnde Ärztin Dr. med. F. _____ (vgl. E. 2.4.2 vorne) noch die RAD-Ärztin Dr. med. G. _____ (vgl. E. 2.4.3 vorne) in einer den beweismässigen Anforderungen genügenden Weise darzulegen vermochten, ob die festgestellten Suchtmittelkonzentrationen von unzulässigerweise bzw. medizinisch unnötigerweise eingenommenen Substanzen oder aber von medizinisch indizierten Medikamenten herrühren. Auch wenn nicht ausgeblendet werden darf, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich einmalig positiv auch auf Amphetamine getestet wurde (act. II 90 S. 2) – welcher Umstand geeignet

ist, zumindest Zweifel an seiner Darstellung aufkommen zu lassen, der geforderten Abstinenz Folge geleistet zu haben –, so war der Befund in Bezug auf (die der Schadenminderungspflicht anordnungsgemäss explizit und uneingeschränkt unterliegenden) Cannabinoide anlässlich der letzten Laboruntersuchung vom 16. Dezember 2015 (act. II 95 S. 2) doch erstmals negativ, was sich mit den Angaben des Beschwerdeführers gegenüber seiner behandelnden Ärztin, mit dem „Kiffen“ aufgehört zu haben (act. II 94 S. 3), zu decken scheint.

2.5.3 Indem die Beschwerdegegnerin keine vollständige Abstinenz verlangte und entgegen der Empfehlung der RAD-Ärztin auch keine medizinische Folgebeurteilung unter Abstinenzbedingungen vorgenommen hat, erweist sich die Schlussfolgerung, der Beschwerdeführer habe die verordnete Abstinenz nicht eingehalten, als nicht korrekt, weshalb ihm eine Verletzung der Schadenminderungspflicht (noch) nicht vorgeworfen werden kann. Die Rentenaufhebung kann deshalb nicht mit der Begründung, der Beschwerdeführer habe nach durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren die ihm zumutbare Mitwirkungspflicht (vgl. E. 2.1 und E. 2.3.2 vorstehend) verletzt, geschützt werden.

Bei diesem Ergebnis kann offen bleiben, wie es sich mit dem Umstand verhält, dass die im Gutachten der E. _____ (MEDAS) zusätzlich empfohlene ambulante psychiatrische Behandlung (act. II 68.1 S. 21) nicht angeordnet wurde und auch der Beschwerdeführer eine solche von sich aus nicht konsequent umgesetzt hat (vgl. act. II 94 S. 3; vgl. jedoch E. 5 hinten).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin bezeichnet es in ihrer Beschwerdeantwort vom 6. Oktober 2016 als „fraglich“, ob die Invalidenrente nicht (auch) mittels der substituierten Begründung der Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) aufzuheben wäre (BGE 140 V 85 E. 4.2 S. 87, 125 V 368 E. 2 S. 369).

3.2 Die ursprüngliche Rentenzusprache vom 13. Mai bzw. 9. Juni 2008 fusste im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 16. November 2005 (act. II 2 S. 72-85) sowie – nachdem sich der Beschwerdeführer auf Anordnung der Beschwerdegegnerin hin einer psychiatrischen Behandlung unterzogen hatte – auf den Einschätzungen der behandelnden Fachärzte I. _____ vom 8. Oktober 2007 (act. II 2 S. 147-151) und jenen des Neurologen Dr. med. J. _____ vom 14. November 2007 (act. II 2 S. 160 f.), mithin auf einem umfassend abgeklärten (medizinischen) Sachverhalt. Indem damals von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen sowie selbst eine Tätigkeit im halbgeschützten Bereich als nicht realisierbar postuliert wurde und der Beschwerdeführer im damaligen Zeitpunkt als von psychotropen Substanzen abstinent (act. II 2 S. 147) beurteilt wurde, erweisen sich die Verfügungen vom 13. Mai bzw. 9. Juni 2008 aus (einzig massgebender) damaliger Optik nicht als zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Kontext (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Hiervon scheint denn auch die Beschwerdegegnerin letztlich auszugehen, andernfalls sie den Beschwerdeführer nicht hätte zur Schadenminderung im Sinne der Wiedererlangung der im Zeitpunkt der Rentenzusprache vorhandenen und nach wie vor zumutbaren Abstinenz (vgl. E. 2.5.1 vorstehend und E. 4.8 nachfolgend) auffordern müssen und sie die Rechtmässigkeit der ursprünglichen Rentenzusprache lediglich als „fraglich“ bezeichnet.

Somit fällt auch eine Rentenaufhebung mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung ausser Betracht.

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin hat die Invalidenrente im Rahmen eines im Juli 2010 (act. II 4) eingeleiteten Revisionsverfahrens aufgehoben. Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht eingetreten sei (Beschwerde, S. 4). Es bleibt zu prüfen, ob die bisherigen Abklärungen der Beschwerdegegnerin genügten, die Invalidenrente unter dem Titel der Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) einzustellen.

4.2

4.2.1 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.

4.2.2

4.2.2.1 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).

4.2.2.2 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).

Es obliegt grundsätzlich dem Versicherungsträger, eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades nachzuweisen, wenn er eine Rente reduzieren oder aufheben will (Entscheid BGER vom 22. September 2015, 8C_431/2015, E. 3.2).

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

4.2.3 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).

4.3 Mit (unangefochten gebliebenen) Verfügungen vom 13. Mai und 9. Juni 2008 (act. II 2 S. 177-180 und S. 185-188) sprach die damals zuständige Kantonale IV-Stelle Wallis dem Beschwerdeführer ab Juli 2005 eine ganze Invalidenrente zu, welche mit Verfügung vom 7. Juli 2016 (act. II 100) aufgehoben wurde. Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden somit die Verfügungen vom 9. Juni 2008 und 7. Juli 2016, nachdem die rentenaufhebende Verfügung vom 16. Oktober 2012 mit Urteil des Verwaltungsgerichts vom 4. September 2014 (VGE IV/2012/1100 [act. II 59]) aufgehoben wurde und demnach als Referenzzeitpunkt ausser Betracht fällt. Dabei steht (zu Recht) ausser Diskussion, dass als Revisionsgrund (weiterhin) ausschliesslich eine Änderung in den medizinischen Verhältnissen in Frage kommt.

4.4 Die ursprüngliche Rentenzusprache vom 13. Mai bzw. 9. Juni 2008 (act. II 2 S. 177-180 und S. 185-188) basierte in medizinischer Hinsicht insbesondere auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 16. November 2005 (act. II 2 S. 73-85), auf den Einschätzungen des I. _____ vom 8. Oktober 2007 (act. II 2 S. 147-151) sowie auf den Ausführungen von Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie, vom 14. November 2007 (act. II 2 S. 160 f.).

4.4.1 Dr. med. C. _____ hielt im Gutachten vom 16. November 2005 (act. II 2 S. 73-85) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) mit einer Panikstörung sowie sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F60.8 [S. 79]). Der Beschwerdeführer sei wegen der psychischen Pathologie, dem schweren anxio-depressiven Zustand mit diversen Phobi-

en auf dem Boden einer Persönlichkeitsstörung und einer wahrscheinlich hereditären Thymusstörung sehr beeinträchtigt (S. 82, Ziffer 2.5). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei momentan nicht mehr zumutbar (S. 82, Ziffer 2.2), wobei die Arbeitsfähigkeit mittels psychiatrischer Behandlung und anschliessend geeigneter beruflicher Massnahmen verbessert werden könne (S. 83, Ziffer 3.1). Weil der psychische Gesundheitszustand aktuell sehr schlecht und invalidisierend sei, sei weder die Überwindung der Beschwerden noch die Reintegration in den Arbeitsprozess zumutbar (S. 83, Ziffer 4.3).

4.4.2 Ab Oktober 2006 war der Beschwerdeführer beim I. _____ in psychiatrischer Behandlung. Im Bericht vom 8. Oktober 2007 (act. II 2 S. 147-151) wurde eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.9) sowie eine psychische und eine Verhaltensstörung durch Opioide mit einem Abhängigkeitssyndrom (momentan abstinent; ICD-10 F11.20) diagnostiziert. Seit August 2004 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 147). Der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert und eine Arbeitsfähigkeit liege wegen den beobachteten Problemen und der Epilepsie momentan nicht vor, wobei Letztere durch einen Neurologen zu beurteilen sei. Eine Tätigkeit in einem halbgeschützten Bereich sei künftig angezeigt, vorläufig wegen den Phobien und des fragilen psychischen Zustandes jedoch nicht realisierbar (S. 148, Ziffer 7).

4.4.3 Dr. med. J. _____ hielt im Bericht vom 14. November 2007 (act. II 2 S. 160 f.) fest, die meisten epileptischen Anfälle seien wahrscheinlich auf eine schlechte Einhaltung der Medikation zurückzuführen; der Spiegel der Epilepsiemedikamente im Blut sei viel zu tief. Des Weiteren kam er zum Schluss, dass aus rein neurologischer Sicht trotz der diagnostizierten Epilepsie bei richtiger Medikation eine berufliche Eingliederung – ohne gefährliche bzw. gefährdende Tätigkeiten – wieder ins Auge gefasst werden könne. Die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit sei aktuell aus psychischen Gründen jedoch illusorisch (S. 161).

4.5 Mit Bezug auf den Zeitraum zwischen der Verfügung vom 9. Juni 2008 und der hier angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2016 präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

4.5.1 Für die Zeit zwischen der Verfügung vom 9. Juni 2008 und der mit VGE IV/2012/1100 (act. II 59) aufgehobenen Verfügung vom 16. Oktober 2012 kann auf die entsprechenden Ausführungen in E. 3.4 des genannten Urteils (S. 8-11) verwiesen werden.

4.5.2 Mit Bezug auf den Zeitraum zwischen der (aufgehobenen) Verfügung vom 16. Oktober 2012 und der hier angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2016 wurden im Gutachten der E. _____ (MEDAS) vom 25. Februar 2015 (act. II 68.1) die folgenden Diagnosen gestellt (S. 18):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Psychische Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (Cannabis, Benzodiazepine, Opiode), Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F19.25)
2. Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2)
3. Klinisch generalisierte Epilepsie, DD: Idiopathisch fokal sekundär generalisiert

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

4. Chronifizierte einfache Migräne
5. Akzentuierte (asthenische) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)
6. Adipositas 34.5kg/m²

Beeinträchtigt sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Suchterkrankung und der damit verbundenen psychischen Auffälligkeiten im Sinne der Diagnose Angst und depressive Stimmung, gemischt (S. 18). Es ergäben sich dadurch funktionelle Einschränkungen hinsichtlich der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, ferner der Fähigkeit, Kontakte zu gestalten. Auch optimal angepasste Tätigkeiten könnten nur im Umfang von 50% verrichtet werden (S. 19). Eine Veränderung des (psychischen) Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit sei in der Zeit nach der Verfügung vom 13. Mai 2008 nicht erfolgt (act. II 68.2 S. 11). Aus neurologischer Sicht lägen eine klinisch generalisierte Epilepsie (DD idiopathisch fokal sekundär generalisiert) und eine chronifizierte einfache Migräne vor. In qualitativer Hinsicht seien Arbeiten an gefährlichen Maschinen sowie Arbeiten in der Höhe

auf Gerüsten und Leitern nicht indiziert. Auf internistischem Fachgebiet lägen keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende relevanten Erkrankungen vor. Zusammenfassend ergebe die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Untersuchungen in den genannten Fachgebieten, dass eine Arbeitsfähigkeit von 50% vorliege betreffend Tätigkeiten, die dem Belastungsprofil entsprächen (act. II 68.1 S. 19). Abweichend von der im Rahmen der Verfügung vom 13. Mai 2008 erfolgten medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (0%) werde die Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten mit 50% beziffert, die sich seit dieser Zeit nicht verändert habe. Die Prognose könne durch Verzicht auf den weiteren Konsum psychotroper Substanzen (Benzodiazepine, Opioide und Cannabis) erheblich verbessert werden, sowohl hinsichtlich der psychischen Störungen (kognitive Störungen, Ängste, Depressionen) als auch hinsichtlich der Migräne (S. 20).

4.6 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 (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). Insbesondere hängt der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2).

4.7 Zunächst steht gestützt auf das Gutachten der E. _____ (MEDAS) fest, dass die Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht ausschliesslich durch die Epilepsie und insoweit allein (und unverändert) qualitativ beeinflusst wird (act. II 68.1 S. 20). Mit Bezug auf die psychischen Beschwerden wird im Gutachten festgehalten, die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Suchterkrankung und der damit verbundenen psychischen Auffälligkeiten im Sinne der Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt, beeinträchtigt, wobei der fortgesetzte Konsum psychotroper Substanzen (Benzodiazepine, Opioide und Cannabis) im Sinne einer

Suchterkrankung bzw. eines Abhängigkeitssyndroms im Vordergrund stehe (S. 18). Gleichzeitig hielt der federführende psychiatrische Teilgutachter fest, eine Veränderung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit sei in der Zeit nach der Verfügung vom 13. Mai 2008 nicht erfolgt (act. II 68.2 S. 11). Diese Einschätzung überzeugt insoweit nicht, als den Rentenverfügungen vom 13. Mai und 9. Juni 2008 zwar ihrerseits – u.a. – eine psychische und eine Verhaltensstörung durch Opiode mit einem Abhängigkeitssyndrom zugrunde lag, der Beschwerdeführer damals jedoch abstinent war (act. II S. 147). Mit andern Worten liegt mit dem inzwischen wieder aufgenommenen und nun seit Jahren dokumentierten Konsum psychotroper Substanzen im massgeblichen Revisionszeitraum ein zusätzliches Sachverhaltselement vor, dessen potentielle Rentenrelevanz sich insofern aus den weiteren Ausführungen der Gutachter ergibt, als sie prognostisch von einer Verminderung der Beeinträchtigungen durch suchtttherapeutische Massnahmen (im Sinne eines Suchtmittelentzugs) ausgehen (act. II 68.1 S. 20 und 21). Weil die Gutachter offenbar davon ausgingen, der Beschwerdeführer sei entgegen dem hiervor Festgestellten (vgl. E. 3.2 vorne) damals gar nicht abstinent gewesen, bleibt unklar, ob und wenn ja inwieweit sich der effektive Suchtmittelkonsum – im Vergleich zum Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügungen vom 13. Mai und 9. Juni 2008 – auf den Gesundheitszustand und die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im massgeblichen Revisionszeitraum auswirkte.

4.8 Demnach lässt sich die Frage nach dem Vorliegen eines Revisionsgrundes im Sinne einer Änderung des Gesundheitszustandes (vgl. E. 4.6 vorne) gestützt auf das Gutachten der E. _____ (MEDAS) nicht zuverlässig beurteilen. Auch lässt sich der aufgezeigte Widerspruch nicht im Verbund mit den übrigen im Recht liegenden ärztlichen Berichten auflösen: So bot die medizinische Aktenlage bereits anlässlich des ersten Beschwerdeverfahrens keine beweiswertige Entscheidungsgrundlage hinsichtlich der Frage einer revisionsrechtlich relevanten Änderung des medizinischen Sachverhalts (vgl. VGE IV/2012/1100 E. 3.6.3 [act. II 59 S. 14]). Sodann äussern sich die ärztlichen Berichte, Stellungnahmen und Aktennotizen der RAD-Ärztin Dr. med. G. _____ vornehmlich zur Frage der Einhaltung der Abstinenz (vgl. act. II 71 f.; 79; 89; 97; 105; 107; Aktennotiz vom 12. Dezember 2016 [in den Gerichtsakten]), nicht jedoch zum

vorliegend diskutierten Beweisthema, womit auch insoweit keine hinreichende Beurteilungsgrundlage vorliegt.

Somit kann die Frage nach dem Vorliegen eines Revisionsgrundes nicht abschliessend beurteilt werden (vgl. E. 4.2.2.2 vorne).

5.

Demnach wird die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer unter Hinweis auf die ihm obliegende Schadenminderungspflicht und unter Androhung von Säumnisfolgen zu der ihm zumutbaren vollständigen Abstinenz von allen Suchtstoffen und Medikamenten (soweit nicht die anerkannte und behandlungsbedürftige Epilepsie betreffend) und zur gleichzeitigen Durchführung einer ambulanten psychiatrischen Behandlung (vgl. act. II 68.1 S. 21) aufzufordern haben. Soweit der Entzug der medizinischen Begleitung bzw. Unterstützung bedarf, wird der Beschwerdeführer diese in Anspruch zu nehmen haben. Die Beschwerdegegnerin wird die Einhaltung der Suchtmittelabstinenz mittels regelmässiger Suchstoffanalysen zu kontrollieren sowie die Therapiecompliance zu überwachen haben. Nach hinreichend langer Abstinenz sowie nach Durchführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung wird die Beschwerdegegnerin sodann eine interdisziplinäre Begutachtung – insbesondere unter Berücksichtigung der Fachrichtungen Psychiatrie und Neurologie – zu veranlassen haben, welche sich dann auch zur Frage zu äussern haben wird, ob von einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands auszugehen ist.

6.

Zusammenfassend ist in Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 7. Juli 2016 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.

7.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

7.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

Mit am 4. Januar 2017 eingereichter Kostennote hat Rechtsanwalt B._____ ein Honorar von Fr. 3'645.-- sowie Auslagen von Fr. 63.60 und die Mehrwertsteuer (MWSt) von Fr. 296.70 (auf Fr. 3'708.60) geltend gemacht. Indessen beläuft sich die Gebühr bei einem geltend gemachten und grundsätzlich nicht zu beanstandenden Aufwand von 12.58 Stunden sowie dem veranschlagten Stundenansatz von Fr. 250.-- auf Fr. 3'145.--. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der geltend gemachten Auslagen von Fr. 63.60 und der MWSt von Fr. 256.70 (auf Fr. 3'208.60) wird der gesamte Parteikostenersatz – inklusive Auslagen und MWSt – demnach auf Fr. 3'465.30 (statt Fr. 4'005.30) festgesetzt.

7.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens erübrigt sich die Kostenliquidation im Rahmen des mit Verfügung vom 11. Oktober 2016 bewilligten Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. Juli 2016 aufgehoben und die Akten werden an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Rentenanspruch neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich festgesetzt auf Fr. 3'465.30 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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