

200 16 808 IV
SCP/REL/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. August 2017

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
vertreten durch B. _____, MLaw C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Juli 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1958 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 20. März 1996 unter Hinweis auf seine HIV-Infektion bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 1.1 S. 173 ff.). Die IVB nahm Abklärungen in beruflicher und medizinischer Hinsicht vor und liess ein psychiatrisches Gutachten erstellen (AB 1.1 S. 38 ff.). Gestützt darauf sprach sie dem Versicherten im Mai 1997 Rentenleistungen bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 50 % ab 1. September 1996 und von 100 % ab dem 1. März 1997 zu (AB 1.1 S. 12). Diese ganze IV-Rente wurde mit Verfügung vom 29. März 2000 bestätigt (AB 5) und – nachdem der Versicherte wieder eine Teilzeit-Erwerbstätigkeit aufgenommen hatte (AB 7) – per 1. Mai 2001 auf eine halbe IV-Rente (AB 14) und per 1. Juli 2002 auf eine Viertelsrente (AB 20) herabgesetzt. Diese Rente wurde in den Jahren 2005 (AB 37), 2008 (AB 42) und 2012 (AB 53) bestätigt.

Im Rahmen einer Revision von Amtes wegen im Jahr 2014 (AB 59) wurde der Versicherte im März 2016 bidisziplinär (psychiatrisch/infektiologisch) begutachtet. Gestützt auf das entsprechende Gutachten des D._____ (MEDAS) vom 5. April 2016 (AB 93.1) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 29. April 2016 (AB 94) die Aufhebung der bisher ausgerichteten IV-Rente bei Vorliegen eines IV-Grades von nunmehr 20 % in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte – vertreten durch die B._____, MLaw C._____ – mit Einwand vom 14. Juni 2016 (AB 102) nicht einverstanden und beantragte die Ausrichtung einer halben IV-Rente. Am 11. Juli 2016 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend und hob die bisher ausgerichtete IV-Rente bei einem IV-Grad von 20 % auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (AB 107).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte – weiterhin vertreten durch die B._____, MLaw C.____ – am 9. September 2016 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Er beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, eine neue Prüfung des Rentenanspruchs sowie die Zusprache einer IV-Rente.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. September 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 5. Oktober 2016 liess der Beschwerdeführer einen weiteren Arztbericht zu den Akten reichen und mit Eingabe vom 21. Oktober 2016 ergänzte die Beschwerdegegnerin ihre Beschwerdeantwort.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerden einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. Juli 2016 (AB 107). Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Rentenaufhebung.

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

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

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

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades 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).

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

2.5 Ändert sich der IV-Grad 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 IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die IV-Rente 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.

2.6 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).

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.

Zu prüfen ist zunächst, ob im Vergleichszeitraum zwischen der letzten rechtskräftigen rentenzusprechenden Verfügung vom 24. Mai 2002 (AB 20) – welche eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs beinhaltete – und der hier angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung vom 11. Juli 2016 (AB 107) in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiervoor). Da anlässlich der Rentenrevisionen der Jahre 2005, 2008 und 2012 jeweils keine umfassende materielle Prüfung durchgeführt, sondern lediglich Kurzberichte der behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers eingeholt wurden, sind die entsprechenden Verfügungen bzw. Mitteilungen (AB 37, AB 42 und AB 53) insoweit unbeachtlich (BGE 133 V 108 E.5.4 S.114).

3.1 Zur medizinischen Situation des Beschwerdeführers findet sich in den Akten Folgendes:

3.1.1 Die Fachärzte des Spitals E._____ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 4. November 2003 (AB 26) eine HIV-Infektion CDC-Stadium B3 sowie rezidivierende depressive Episoden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der Gesundheitszustand sei stationär und es beständen eine Konzentrationsstörung, verminderte Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit sowie Müdigkeit (S. 2). Die bisherige Tätigkeit sei im Rahmen von vier bis sechs Stunden pro Tag zumutbar (S. 4). Bei jeder Arbeit bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit durch die Konzentrationsstörung und rasche Ermüdbarkeit (S. 5).

3.1.2 Die Fachärzte des Spitals F._____ führten in ihrem Bericht vom 15. August 2005 (AB 33) die Diagnosen einer HIV-Infektion CDC-Stadium B3 sowie rezidivierender depressiver Episoden auf. Es bestehe weiterhin eine körperliche Einschränkung im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit, rascher Ermüdbarkeit mit Konzentrationsstörungen und intermittierend medikamentös bedingter Übelkeit (S. 2). Der Beschwerdeführer könne sich gut drei bis vier Stunden pro Tag konzentrieren, das Arbeitstempo könne jedoch aufgrund der Konzentrationsstörungen reduziert sein, d.h. es müssten häufige Pausen eingeplant werden.

3.1.3 Im Bericht vom 22. August 2014 (AB 61) hielt PD Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Infektiologie, fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) des gemischten Typs und eine HIV-Infektion CDC-Stadium B3 fest. Beim ADHS handle es sich um eine neue Diagnose, Symptome habe der Beschwerdeführer schon immer gehabt (S. 3). Es beständen keine körperlichen Einschränkungen, die Limitation sei durch die Konzentrationsstörung gegeben und ein Pensum über 50 % sei voraussichtlich nicht realistisch (S. 6).

3.1.4 Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 24. Oktober 2014 (AB 63) aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe. Die depressive Episode sei remittiert. Zudem nannte er die Diagnose eines ADHS (ICD-10: F90). Die bisherige Tätigkeit als ... sei im Prinzip zumutbar, es bestehe jedoch eine verminderte Konzentrationsfähigkeit, wodurch sich Flüchtigkeitsfehler einschleichen könnten (S. 3).

3.1.5 Im bidisziplinären Gutachten vom 5. April 2016 (AB 93.1) hielten Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Infektiologie, als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine HIV-Infektion CDC-Stadium B3 (ICD-10: U60.2/61.3) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0/33.1 [S. 17]) fest. Aus somatisch-infektiologischer Sicht könne eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit

von 20 % nachvollzogen werden (S. 18). Aus psychiatrischer Sicht sei die rezidivierende depressive Störung dauerhaft vorhanden und schränke den Beschwerdeführer ein, die Belastbarkeit sei verringert und die Leistungsfähigkeit erheblich reduziert. Aus psychiatrischer Sicht könne von einer 60 %igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Aus bidisziplinärer Sicht resultiere für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60 %, wobei sich die Einschränkungen aus somatischer und psychiatrischer Sicht ergänzten, sich jedoch nicht addierten, da die gleichen Symptome vorlägen und teilweise nicht scharf trennbar seien. Das Pensum könne über sechs bis acht Stunden pro Tag umgesetzt werden, je nach Möglichkeit, am Arbeitsplatz Pausen einzulegen und stundenweise zu arbeiten. Die Arbeitsfähigkeit sei seit Jahren in diesem Ausmass zu bestätigen.

3.1.6 Im Bericht vom 20. September 2016 (Beschwerdebeilage [BB] 10) hielt der behandelnde Arzt Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner ADHS trotz Medikation einen erhöhten Aufwand treiben müsse, um akzeptable Leistungen zu erbringen, was zu einer eher erhöhten Erschöpfbarkeit und schliesslich zu rezidivierenden Depressionen führe. Die Dekompensationen würden seit längerem überwiegend durch Überbelastungssituationen ausgelöst, die somit kaum psychologisch angegangen werden könnten, sondern letztlich auf einer funktionellen, letztlich somatischen Fragilität beruhten. Eine erhöhte Sitzungsfrequenz würde daran kaum etwas ändern und die aktuelle Kombinationsbehandlung mit Fluoxetin und Ritalin habe sich in der aktuellen Dosierung bewährt.

Dieser – im Beschwerdeverfahren eingereichte – Bericht ist, soweit den zeitlich massgebenden Sachverhalt bis zum Erlass der Verfügung vom 11. Juli 2016 (AB 107) beschlagend, grundsätzlich zu berücksichtigen (vgl. BGE 131 V 9 E.1 S.11, 121 V 362 E.1b S.366).

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 Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2016 (AB 107) ist gestützt auf die Akten eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes des Beschwerdeführers nicht erstellt. Vielmehr ist nach der medizinischen Aktenlage von einer unverändert gebliebenen Beschwerdesymptomatik und damit einem ebensolchen Gesundheitszustand auszugehen. Bereits seit jeher wurden von den behandelnden Ärzten Müdigkeit, Kraftlosigkeit und insbesondere Konzentrationsstörungen als die vorherrschenden Beschwerden festgehalten (vgl. u.a. AB 1.1 S. 23, S. 31, S. 58, S. 67 bezüglich des Gesundheitszustandes vor 1999). Auch nach der Rentenverfügung vom 24. Mai 2002 (AB 20) standen die selben Beschwerden und Einschränkungen im Vordergrund (AB 26 S. 5 und AB 33 S. 2): Über all die Jahre wurde eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit jeweils aufgrund von Konzentrationsstörungen, einer raschen Ermüdbarkeit und einer depressiven Störung attestiert. Auch die von den behandelnden Ärzten Dr. med. G. _____ und Dr. med. H. _____ erstmals im Jahr 2014 gestellte Diagnose eines ADHS (DSM-IV-314.01 [AB 61] bzw. ICD-10: F90 [AB 63]) erweist sich nicht als neu, denn bereits Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte in seinem Gutachten vom 25. Oktober 1996 (AB 1.1

S. 38 ff.) eine „recht schwere Störung [...], die zweifellos sehr in der Nähe einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation“ liege, beschrieben (S. 45).

Hingegen besteht ein Revisionsgrund in erwerblicher Hinsicht. Bereits per 31. Juli 2011 hat der Beschwerdeführer seine langjährig ausgeübte Tätigkeit bei M. _____ beendet (vgl. AB 45 S. 2 ff.). Damit lag bereits anlässlich der im Juli 2011 eingeleiteten (vgl. AB 44) und mit Mitteilung vom 24. Januar 2012 (AB 53) abgeschlossenen Rentenrevision ein Revisionsgrund im erwerblichen Bereich vor. Der Rentenanspruch ist damit frei überprüfbar (vgl. E. 2.6 vorstehend).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2016 (AB 107) massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 5. April 2016 (AB 93.1), basierend auf dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. I. _____ auf und dem infektiologischen Teilgutachten von Dr. med. J. _____ gestützt.

Dieses MEDAS-Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (E. 3.3 hiervor), weshalb ihm 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 grundsätzlich einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Die einzelnen Teilbeurteilungen stehen untereinander in Übereinstimmung. Die Erkenntnisse der Gutachter flossen sodann in die überzeugende interdisziplinäre Beurteilung ein, so dass es voll beweiskräftig ist, was vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten wird. Darauf ist abzustellen.

3.6 Aus den Akten geht hervor und ist unter den Parteien zudem unbestritten, dass der Beschwerdeführer immer wieder an vor allem reaktiven depressiven Stimmungszuständen leidet. Anlässlich der MEDAS-Begutachtung im 1. März 2016 (AB 93.1) waren diese depressiven Stimmungszustände leicht bis mittelgradig ausgeprägt, womit die von den Gut-

achtern aufgeführte Diagnose ICD-10: F33.0/1 nachvollziehbar begründet ist. Streitig ist hingegen, ob diese Beschwerdesymptomatik – soweit diese durch die depressiven Verstimmungen hervorgerufen wird – aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht zu berücksichtigen ist. Dies ist mit der Beschwerdegegnerin im Lichte der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung klar zu verneinen. Bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis resultiert gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung regelmässig keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Erweisen sich leichte und mittelgradige depressive Störungen ausnahmsweise als therapieresistent, stellen sie nur dann einen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar, wenn eine konsequente Therapie in dem Sinne erfolgte, dass die aus fachärztlicher Sicht zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. April 2017, 8C_814/2016, [in BGE 143 V 66 nicht publizierte] E. 5.3.2). Davon kann beim Beschwerdeführer nicht die Rede sein, stand er doch im Zeitpunkt der Begutachtung trotz Trauer über den Hinschied seines besten Freundes lediglich in einer nicht sehr häufig durchgeführten psychotherapeutischen Behandlung und nahm er das verschriebene Antidepressivum in nicht hinreichender Dosierung ein (Medikamentenspiegel etwas unter dem therapeutischen Bereich [vgl. AB 93.1 S. 11 f.]). Wenn der behandelnde Psychiater Dr. med. K._____ in seinem Bericht vom 20. September 2016 (BB 10) ausführt, dass eine erhöhte Sitzungsfrequenz an der Situation nichts ändern würde, ist zu beachten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt (Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Dem ebenfalls diagnostizierten leichten ADHS haben die Gutachter zudem mit nachvollziehbarer und überzeugender Begründung nicht das Ausmass einer unter den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufzuführenden Persönlichkeitsstörung beigemessen. So wird im MEDAS-

Gutachten vom 5. April 2016 festgehalten, dass keine Anzeichen von deutlich auffälligen Persönlichkeitszügen bestehen (AB 93.1 S. 11) und dass das ADHS an sich mit entsprechender Medikation gut behandelt werden kann (S. 13). Dies überzeugt auch deshalb, weil es dem Beschwerdeführer durchaus möglich war, die ihm passenden Ausbildungen abzuschliessen und während langer Zeit bei M._____ tätig zu sein.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin die aus psychiatrischer Sicht als leicht bis mittelgradig eingeschränkt attestierte Leistungsfähigkeit zu Recht unberücksichtigt gelassen.

3.7 Was die vom Beschwerdeführer seit jeher beklagte Beschwerdesymptomatik und die von ihm daraus im Rahmen einer Selbsteinschätzung stets selber abgeleitete Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50 % anbelangt (vgl. AB 36 S. 4), bleibt Folgendes festzuhalten: Die behandelnden Ärzte des Spitals E._____ ordneten die zunehmende Müdigkeit und Kraftlosigkeit einerseits weder als Folge der antiretroviralen Therapie (AB 1.1 S. 31, AB 93.2 S. 12) noch als Folge einer HIV-assoziierten oder aidsdefinierenden Krankheit (AB 1.1 S. 23 und S. 64) ein, beurteilten sie aber andererseits dennoch als Nebenwirkungen der Infektion (AB 1.1 S. 32 und S. 59, AB 93.2 S. 13) und damit widersprüchlich. Überzeugend wird dagegen im infektiologischen Teilgutachten von Dr. med. J._____ in Übereinstimmung mit den übrigen medizinischen Akten aufgezeigt, dass während der langjährigen Therapie multiple Nebenwirkungen aufgetreten sind und diese Symptome als direkte oder indirekte Folge der HIV-Infektion zu verstehen sind (AB 93.1 S. 16). Auf die entsprechende durch den Infektiologen beschränkt auf sein Fachgebiet attestierte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit um 20 % (AB 93.1 S. 17) ist damit abzustellen.

3.8 Zusammenfassend resultiert damit interdisziplinär eine invalidenversicherungsrechtlich zu berücksichtigende Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 20 % in einer angepassten Tätigkeit, in welcher die Möglichkeit besteht, am Arbeitsplatz Pausen einzulegen oder stundenweise zu arbeiten (vgl. AB 93.1 S. 18).

4.

Gestützt auf die festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist der IV-Grad zu ermitteln:

4.1 Für den Einkommensvergleich sind Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (BGE 129 V 222). Vorliegend ist der Einkommensvergleich auf den Revisionszeitpunkt – mithin auf das Jahr 2014 (AB 59) – hin durchzuführen.

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

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik BFS herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

4.3 Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer aus freien Stücken und nicht gesundheitsbedingt eine Ausbildung als ... gemacht und

in diesem Beruf gearbeitet hat (vgl. dazu Ausführungen anlässlich des Gutachtens vom 5. April 2016 [AB 93.1 S. 4 und S. 8]). Diese Tätigkeit entspricht dem von den MEDAS-Gutachtern formulierten Anforderungsprofil (E. 3.8 vorstehend). Eine genaue Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens erübrigt sich somit, da beide aufgrund des gleichen Tabellenlohnes festzusetzen sind: der IV-Grad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges (Entscheid des EVG vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Die Beschwerdegegnerin hat auf die Vornahme eines Abzuges beim Invalideneinkommen implizit verzichtet (AB 107 S. 2), was nicht zu beanstanden ist, bestehen doch mit Bezug auf die Ausübung dieses Berufes keine persönlichkeitsbezogenen lohnmindernden Faktoren.

4.4 Bei einer attestierten Arbeitsfähigkeit von 80 % (vgl. E. 3.8 vorstehend) besteht deshalb beim Beschwerdeführer ein rentenausschliessender IV-Grad von 20 % (vgl. E. 2.2 vorstehend).

5.

Nach dem hiavor Ausgeführten hat der Beschwerdeführer bei einem IV-Grad von 20 % zu Recht die bisher ausgerichtete IV-Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben. Die angefochtene Verfügung vom 11. Juli 2016 (AB 107) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 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.–, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezah-

lung auferlegt. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder der Beschwerdeführer (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

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):
 - B. _____, MLaw C. _____ 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.