

200 17 1019 IV  
LOU/JAP/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 23. November 2018**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Jakob

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. Oktober 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1962 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 29. Mai 2002 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese forderte ihn gestützt auf ein bidisziplinäres Gutachten (AB 23 f.) zur Schadenminderung in Form der Inanspruchnahme einer spezifischen medizinischen Therapie auf (AB 26). Obwohl der Versicherte darauf nicht reagierte, sprach sie ihm mit Verfügung vom 20. Dezember 2004 (AB 28) bei einem Invaliditätsgrad von 82 % ab 1. August 2002 eine ganze Invalidenrente zu. Dieser Anspruch wurde im Rahmen einer ordentlichen Rentenrevision mit formloser Mitteilung vom 18. Mai 2007 (AB 43) bestätigt, nachdem eine auf erneutes Geheiss der IVB (AB 36 f.) durchgeführte Behandlung (AB 39/8, 39/10) nach deren Auffassung (AB 42) zu keiner relevanten Gesundheitsverbesserung geführt hatte. Anlässlich einer weiteren von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision stellte die IVB basierend auf einem Verlaufsgutachten (AB 79.1) mit Vorbescheid vom 15. Juli 2016 (AB 81), 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 Rentenaufhebung in Aussicht. Diesen Vorbescheid ersetzte sie, nach erhobenem Einwand (AB 88, 93, 95, 97), Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 98) sowie Aktenergänzung (AB 101), durch einen im Ergebnis unveränderten Vorbescheid vom 6. Juli 2017 (AB 102). Hiermit zeigte sich der Versicherte wiederum nicht einverstanden (AB 105), worauf die IVB die laufende Invalidenrente mit Verfügung vom 19. Oktober 2017 (AB 107) per Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats aufhob.

## **B.**

Mit Eingabe vom 20. November 2017 hat der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B.\_\_\_\_\_, Beschwerde erhoben und beantragt, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihm sei mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In der Beschwerdeantwort vom 5. Februar 2018 hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

Aufforderungsgemäss (prozessleitende Verfügung vom 12. Oktober 2018) hat die Beschwerdegegnerin am 18. Oktober 2018 ein psychiatrisches Teilgutachten vom 9. Februar 2004 sowie einen medizinischen Bericht vom 19. Juni 2002 nachgereicht (in den Gerichtsakten). Auf eine Stellungnahme zu diesen Unterlagen, welche in den mit der Beschwerdeantwort zugestellten amtlichen Akten fehlten, hat der Beschwerdeführer mit Zuschrift vom 23. Oktober 2018 verzichtet.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gege-

ben (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** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 19. Oktober 2017 (AB 107). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die laufende ganze Invalidenrente zulässigerweise per Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats, mithin per 30. November 2017, aufhob.

**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** Der Beschwerdeführer rügt vorab eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (vgl. dazu Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 371; SVR 2008 UV Nr. 1 S. 2 E. 3.2), da es die Beschwerdegegnerin unterlassen habe, sich mit seinen Einwänden vom 30. September 2016 (AB 93) bzw. 30. August 2017 (AB 105) ernsthaft auseinanderzusetzen und die Verfügung vom 19. Oktober 2017 (AB 107) nachvollziehbar zu begründen (Beschwerde S. 10 Ziff. III Ziff. 6).

**2.2** Die Begründungsdichte der Verfügung vom 19. Oktober 2017 (AB 107) ermöglichte deren sachgerechte und zielgerichtete Anfechtung und ist nicht zu beanstanden, zumal sich die Verwaltung nicht ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss, sondern sich vielmehr auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränken kann (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181). Da die Beschwerdegegnerin den Vorbescheid vom

15. Juli 2016 (AB 81) durch jenen vom 6. Juli 2017 (AB 102) ersetzt, hatte sie sich nicht mehr mit dem Einwand vom 30. September 2016 (AB 93) gegen den früheren Vorbescheid (AB 81) zu befassen. Sodann setzte sich die angefochtene Verfügung (AB 107) sehr wohl mit den wesentlichen Aspekten des Einwands vom 30. August 2017 (AB 105) auseinander (vgl. AB 107/3 f.). Überdies könnte eine erfolgte (leichte) Verletzung des rechtlichen Gehörs in Anbetracht der uneingeschränkten Kognition des angerufenen Gerichts ohnehin als geheilt gelten (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2).

### **3.**

**3.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**3.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivier-

ten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**3.2.1** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturieren normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 428, BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418, E. 7.2 S. 429).

**3.2.2** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene 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. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig über-

wiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

**3.2.3** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren 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 im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3 S. 298) und «Konsistenz» einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). 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 S. 308).

**3.3** 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.

**3.4** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349). Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

Gemäss lit. a 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). Die mit BGE 141 V 281 erfolgte Preisgabe der Überwindbarkeitsvermutung bei psychosomatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen bringt keine Abkehr von der (zu lit. a Abs. 1 SchlBest. IV 6/1 ergangenen) Rechtsprechung gemäss BGE 139 V 547 (E. 3.7.2 S. 295).

#### 4.

**4.1** Bei dem sich in den amtlichen Akten befindlichen Exemplar der ursprünglichen Rentenverfügung vom 20. Dezember 2004 (AB 28) fehlt zwar der Begründungsteil der Beschwerdegegnerin (vgl. zur Aufgabenteilung zwischen den IV-Stellen und den Ausgleichskassen: Art. 57 und 60 IVG; Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], gültig ab 1. Januar 2004, Rz. 3039 ff.), sie basiert in medizinischer Hinsicht jedoch offensichtlich auf dem bidisziplinären (allgemein-internistischen, psychiatrischen) Gutachten der damaligen MEDAS C. \_\_\_\_\_ vom 2. Juli 2004 (AB 23), samt Ergänzung vom 25. August 2004 (AB 24). In der Expertise figurieren die folgenden Diagnosen (AB 23/10 Ziff. 4):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Erschöpfungssyndrom mit/bei:  
phobischen Schwindelanfällen

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

2. Intermittierendes Zervikovertebral- und Thorakovertebralsyndrom mit/bei:  
Leichter Fehlhaltung, muskulärer Dysbalance und Insuffizienzen
3. Arterielle Hypertonie, behandlungsbedürftig
4. Nikotinabusus, 22 packyears
5. Anamnestisch erhöhte Rheumafaktoren
6. Zustand nach Diskushernienoperation auf Etage L5 im Jahr 1999

Die Sachverständigen erachteten die angestammte Tätigkeit des Exploranden als unzumutbar, während sie für eine leidensadaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von vier Stunden täglich mit einer Leistungsfähigkeit zwischen 50 % und 70 % attestierten (AB 23/12 f. Ziff. 4 und Ziff. 13 f.). Sie stützten sich auf die Erkenntnisse aus dem Teilgutachten des Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Juni 2004 (in den Gerichtsakten), in welchem eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) bzw. als Differentialdiagnose beginnende psychische und Verhaltensstörungen durch verschiedene psychotrope Substanzen (ICD-10: F19.71) festgehalten wurden. Die Experten prognostizierten, dass sich die Beeinträchtigungen innerhalb von neun bis zwölf Monaten durch medizinische Massnahmen vermindern liessen (AB 23/12 Ziff. 8 f.). Hierzu hielten sie auf Rückfrage der Verwaltung am 25. August 2004 präzisierend fest, nach der entsprechenden Behandlungszeit sei mit einer Arbeitsfähigkeit von sechs bis sieben Stunden täglich bei einer Leistungseinschränkung von maximal 10 % bis 20 % zu rechnen (AB 24).

**4.2** Wenngleich die von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten (in den Gerichtsakten) diagnostizierte Neurasthenie (ICD-10: F48.0) etwas unspezifischer als Erschöpfungssyndrom (mit/bei phobischen Schwindelanfällen) Eingang in das Hauptgutachten fand (AB 23/10 Ziff. 4.1), wurde damit allemal ein und dieselbe Diagnose umschrieben, wird der Begriff des Erschöpfungssyndrom doch der Neurasthenie zugeordnet (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 236). So oder anders wurde die Invalidenrente im Jahr 2004 (AB 28) aber bei unklaren Beschwerden gesprochen und fällt daher grundsätzlich in den Anwendungsbereich der SchlBest. IV 6/1 (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.1.1 S. 568 f.; vgl. auch BGE 140 V 197 E. 6.2.3 S. 200). Daran vermag der Umstand nichts zu ändern, dass die im Bereich der somatoformen Schmerzstörung entwickelten Grundsätze (sog. Überwindbarkeitspraxis) erst mit dem Entscheid des Bundesgerichts (BGer) vom 14. April 2008, I 70/07, analog auf die Neurasthenie angewendet wurden (vgl. Entscheid des BGer vom 5. Februar 2014, 9C\_812/2013, E. 4.1). Weil die Praxisausdehnung Jahre nach der Verfügung vom 20. Dezember 2004 (AB 28) erfolgte, ist damit gleichzeitig gesagt, dass in der besagten

Rentenverfügung die damaligen Voraussetzungen («Foerster-Kriterien»), welche im Falle eines diagnostizierten unklaren Beschwerdebildes ein ausnahmsweises Abweichen von der Annahme der grundsätzlich vermuteten Arbeitsfähigkeit erlaubten (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 353 ff.), nicht geprüft wurden. Dasselbe gilt für die formlose Mitteilung vom 18. Mai 2007 (AB 43), die von vornherein nicht auf einer umfassenden Sachverhaltsabklärung bzw. Beweiswürdigung fusste (vgl. E. 3.4 hiavor). Weil die Überwindbarkeitspraxis nicht beachtet wurde, bleibt ein Zurückkommen unter dem Titel der SchlBest. IV 6/1 überhaupt möglich (vgl. BGE 140 V 8).

**4.3** Schliesslich wurde die Rentenrevision innerhalb von drei Jahren nach dem Inkrafttreten der SchlBest. IV 6/1 eingeleitet (AB 48/1, 49) und hatte der Beschwerdeführer damals weder das 55. Altersjahr zurückgelegt noch lag eine 15jährige Rentenbezugsdauer vor. Damit war die Rentenüberprüfung durch die Beschwerdegegnerin nach Massgabe der SchlBest. IV 6/1 zulässig (vgl. E. 3.4 hiavor; vgl. auch Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Kreisschreiben über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG [KSSB], gültig ab 1. Januar 2012, Rz. 1016).

**4.4** Nach dem Dargelegten durfte die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch in Anwendung der SchlBest. IV 6/1 in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig prüfen. Ob zusätzlich ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt, eine freie Prüfung mithin auch dann Platz zu greifen hätte, wenn der Anwendungsbereich der SchlBest. IV 6/1 nicht betroffen wäre, kann bei dieser Ausgangslage offen bleiben (vgl. auch Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 7). Mit anderen Worten ist – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 9 Ziff. III Ziff. 5) – nicht entscheidend, ob sich der Gesundheitszustand seit der Begutachtung durch die MEDAS C. \_\_\_\_\_ (AB 23) veränderte (was im Verlaufsgutachten verneint wurde [AB 79.1/22 f. lit. E Ziff. 1 f.]). Die Verwaltung durfte und musste den Rentenanspruch neu und *ohne Bindung* an die frühere Invaliditätsschätzung prüfen, womit sie allein durch eine «vollständig unterschiedliche Beurteilung von zwei identischen medizinischen Ausgangslagen» (Beschwerde S. 9 Ziff. III Ziff. 5) von vornherein weder den Grundsatz von Treu und Glauben noch das Willkürverbot verletzen konnte.

## 5.

**5.1** Die angefochtene Verfügung vom 19. Oktober 2017 (AB 107) basiert in medizinischer Hinsicht auf dem polydisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, otoneurologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen) Gutachten der MEDAS E. \_\_\_\_\_ vom 18. April 2016 (AB 79.1). Darin wurden die nachstehenden Diagnosen vermerkt (AB 79.1/13 lit. D Ziff. 1):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

1. Nichtorganische Schlafstörung (ICD-10: F51.0)
2. Phobischer Schwankschwindel (ICD-10: F45.8)
3. Minimale bis leichte neuropsychologische Funktionsstörung mit leichten Aufmerksamkeitsstörungen und grenzwertigen Gedächtnisleistungen (ICD-10: F06.7)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

4. Phobischer Schwindel – keine periphere Vestibulopathie nachweisbar
5. Arterielle Hypertonie
6. Leichte residuelle sensible Störung im distalen Segment L5 nach Operation einer Diskushernie im September 1999

Die Sachverständigen attestierten sowohl in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers als auch für Verweisungstätigkeiten eine Restarbeitsfähigkeit von vier Stunden täglich ohne Leistungseinschränkung (AB 79.1/16 lit D). Sie begründeten die Arbeitsunfähigkeit allein mit den psychiatrischen sowie neuropsychologischen Einschränkungen und stellten klar, dass sie die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit – trotz mehr oder weniger gleichem Befund – anders beurteilten als im Vorgutachten der MEDAS C. \_\_\_\_\_ (AB 79.1/15 lit. D). Die Gutachter erklärten, die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Fähigkeiten zu familiären bzw. intimen Beziehungen und zur Selbstpflege sowie die Verkehrsfähigkeit seien nicht beeinträchtigt. Es bestünden indes leichte Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, der Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Gruppenfähigkeit und der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten sowie mittelgradige Beeinträchtigungen der Durchhaltefähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit (AB 79.1/16 lit. D).

**5.2** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**5.3** Was die Beurteilung der somatischen Diagnosen sowie deren (fehlende) Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anbelangt, erfüllt das polydisziplinäre Administrativgutachten der MEDAS E. \_\_\_\_\_ vom 18. April 2016 (AB 79.1) die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 5.2 hiervor) und erbringt insoweit prinzipiell vollen Beweis. Die MEDAS-Gutachter stützten ihre Einschätzungen auf die wesentlichen Vorakten (AB 79.1/3 ff. lit. B) und die Erkenntnisse aus den klinischen Explorationen sowie den bildgebenden Zusatzabklärungen (AB 79.1/48 Ziff. 3, 79.4/1). Ihre fachärztlichen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet und werden seitens des Beschwerdeführers nicht substantiiert in Frage gestellt. Sämtliche Sachverständigen der MEDAS E. \_\_\_\_\_ vertraten einhellig die Auffassung, dass sich die vom Beschwerdeführer geklagte Symptomatik nicht durch eine organische Pathogenese erklären lasse:

**5.3.1** In Übereinstimmung mit den Vorgutachtern der MEDAS C. \_\_\_\_\_ (AB 23/10 Ziff. 4.2) ortete Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Teilgutachten vom 7. März 2016 (AB 79.1/36-43) bezüglich des Nikotinabusus' (AB 79.1/39 Ziff. 2.3), der arteriellen Hypertonie (AB 79.1/41 f. Ziff. 6) und dem positiven Rheumafaktor (AB 79.1/42 Ziff. 6) keine relevanten Einschränkungen. Hinsichtlich der Erschöpfungssymptomatik verwies er unter anderem auf den schlafmedizinischen Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 20. August 2002 (in den Gerichtsakten), in welchem gestützt auf eine Polysomnographie eine «sleep misperception» – mithin eine nichtorganische Schlafstörung (vgl. PE-

TER/PENZEL/PETER [Hrsg.], Enzyklopädie der Schlafmedizin, 2007, S. 413) – in Betracht gezogen worden war (AB 79.1/37 Ziff. 1.2).

**5.3.2** Dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, das Residualsyndrom nach der Diskushernienoperation 1999 im Teilgutachten vom 25. Januar 2016 (AB 79.1/44-51) in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit als völlig unerheblich qualifizierte (AB 79.1/49 Ziff. 5), korreliert mit der Beurteilung der MEDAS C. \_\_\_\_\_ aus dem Jahre 2004 (AB 23/10 Ziff. 4.2) und leuchtet ein. Zwar gab der Beschwerdeführer anlässlich der neurologischen Exploration an, in letzter Zeit habe er vielleicht wieder etwas mehr Rückenschmerzen im Kreuz (AB 79.1/46 Ziff. 2.3). Im klinischen Untersuch zeigen sich indes als einzige der besagten Rückenoperation zuzuordnende Restbeschwerden lediglich ein leichtes Taubheitsgefühl bzw. ein herabgesetzte Schmerzempfindung an der linken Grosszehe (AB 79.1/47 Ziff. 3, 79.1/49 Ziff. 5). Der Beschwerdeführer sah sich selbst denn auch nicht durch diese Symptomatik in seiner funktionellen Leistungsfähigkeit eingeschränkt, sondern hauptsächlich durch den andauernden Schwindel und die Schlafstörung (AB 79.1/47 Ziff. 2.6). Für die Schwindelbeschwerden fand sich aus neurologischer Sicht keine Erklärung (AB 79.1/49 Ziff. 5). Kernspintomografisch ergab sich kein pathologischer Befund, insbesondere konnte eine zentral-vestibuläre Ätiologie ausgeschlossen werden (AB 79.1/49 Ziff. 5, 79.4/1). Die Gutachterin gelangte zum differentialdiagnostischen Schluss, dass aller Wahrscheinlichkeit nach eine funktionelle – also nichtorganische (vgl. UWE HENRIK PETERS, Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie, 4. Aufl. 1990, S. 191 f.) – Störung vorliege (AB 79.1/49 Ziff. 4 Lemma 3 und Ziff. 5).

**5.3.3** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, unterstützte im Teilgutachten vom 4. Januar 2016 (AB 79.2) die Annahme eines phobischen Schwindels durch die Experten der MEDAS C. \_\_\_\_\_ (AB 23/10 Ziff. 4.1) und wies darauf hin, dass weder bisher noch aktuell objektive Befunde für eine periphere Vestibulopathie hätten festgestellt werden können. Auch sie ging letztlich von einer psychogenen Ursache aus und kategorisierte den phobischen Schwindel als eine psychiatrische Diagnose (AB 79.2/3 Ziff. 6).

**5.4** Somit bestehen gestützt auf das Gutachten der MEDAS E.\_\_\_\_\_ vom 18. April 2016 (AB 79.1) nach dem Gesagten keine wesentlichen somatischen Einschränkungen. Zwar hat der Beschwerdeführer nunmehr angegeben, aufgrund eines Hüftleidens (Arthrose) sei er nicht in der Lage Spazieren zu gehen (Beschwerde S. 6 Ziff. III Ziff. 2 lit. d). Dass diese behauptete Einschränkung am Bewegungsapparat die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit für Verweisungstätigkeiten beschlägt, wird jedoch nicht geltend gemacht und fände in den medizinischen Akten auch keinen Rückhalt. Die nach der Verlaufsbeurteilung im November 2016 durchgeführte Hüftoperation mit beidseitiger Totalprothesen-Versorgung und regelrechtem postoperativem Verlauf führte lediglich vorübergehend zu einer Einschränkung für stehende/gehende Arbeiten (AB 101/8 f.). Der behandelnde Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, bestätigte im Bericht vom 15. Mai 2017 (AB 101/2-7) denn auch explizit, es bestünden betreffend der Hüften keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (AB 101/4 Ziff. 1.7). Das von der RAD-Ärztin med. pract. K.\_\_\_\_\_, Praktische Ärztin, differenziert formulierte und ab zirka drei bis sechs Monaten nach der Operation gültige Zumutbarkeitsprofil (körperlich leichte Arbeiten mit einer manuellen Lastenhandhabung bis 10kg, überwiegend sitzend mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung in Form von kurzen Gehstrecken und kurzzeitigem Stehen, ohne absturzgefährdete Arbeiten sowie Gehen auf unebenem Gelände; AB 98/4) schränkt lediglich die (hauptsächlich stehend und gehend verrichtete) angestammte Tätigkeit ein (AB 5/1 Ziff. 6c) und wirkt sich auf eine leidensadaptierte Tätigkeit nicht aus.

**5.5** Was den psychischen Gesundheitszustand anbelangt, vermag das Gutachten der MEDAS E.\_\_\_\_\_ vom 18. April 2016 (AB 79.1) zumindest in diagnostischer Hinsicht sowie in Bezug auf die von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ erhobenen Befunde (welche die Seinsebene beschlagen), beweisrechtlich zu überzeugen. Gewisse Diskrepanzen und Vorbehalte ergeben sich hingegen insbesondere bei der Schätzung der medizinisch-theoretischen Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit (vgl. zudem bezüglich des Therapiebedarfs E. 6.2.1.2 hiernach). Davon betroffen sind auch die in das psychiatrische Teilgutachten eingeflossenen neuropsychologisch begründeten Einschränkungen (vgl. zum Stellenwert der Neuropsychologie BGE

119 V 335; Entscheid des BGer vom 7. August 2009, 8C\_261/2009, E. 5.2; UELI KIESER, Neuropsychologie, in: KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 173 f.; *Ders.*, Gutachten vom 23. Dezember 2015 zu Fragen des Vorgehens bei der Bestimmung der Arbeitsfähigkeit im Sozialversicherungsrecht und zum allfälligen Beitrag der Neuropsychologie, abrufbar unter <www.neuropsych.ch>, Rubrik: Fachpersonen/Qualitätssicherung).

**5.5.1** Vorab fehlt für die von Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als federführender Gutachter in der Teilexpertise vom 7. März 2016 (AB 79.1/26-35) attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vier Stunden täglich; AB 79.1/34 lit. B) eine nachvollziehbare Begründung. Insbesondere lässt sich diese Quantifizierung nicht ohne weiteres mit dem formulierten Belastungsprofil (AB 79.1/34 lit. B) in Einklang bringen. Wohl ist denkbar, dass sich eine mittelgradige Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit (aufgrund der Schlafstörung) auf die Präsenzzeit am Arbeitsplatz niederschlagen kann. Inwiefern dies dazu führen soll, dass selbst einfachste repetitive Verrichtungen medizinisch-theoretisch nur noch halbtags zumutbar sind, wurde indes nicht näher erläutert und kontrastiert überdies mit den eigenen Schilderungen des Beschwerdeführers. Denn augenfällig ist in diesem Kontext, dass er sich tagsüber «vollkommen kaputt» (AB 79.1/27 Ziff. 2.1) fühlen soll, es ihm aber trotzdem weiterhin möglich ist, üblicherweise zwischen 6.00 Uhr und 6.30 Uhr aufzustehen und sich den ganzen Tag mannigfaltig auch mit ausserhäuslichen Aktivitäten zu beschäftigen, da ihm ansonsten «die Decke auf den Kopf fallen» würde (AB 79.1/27 Ziff. 2.1). Eine konklusive Auseinandersetzung mit den Diskrepanzen zwischen beruflichen und privaten Einschränkungen (AB 79.1/16 f. lit. D) fehlt. Hinzu kommt, dass sich die ebenfalls mittelgradig eingeschränkte Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die bloss leichtgradig beeinträchtigten weiteren Fähigkeiten (AB 79.1/34 lit. B) – wenn überhaupt – eher auf das Rendement und nicht auf die Arbeitszeit niederschlagen dürften. Die Leistungsfähigkeit soll gemäss Verlaufsgutachten aber – in expliziter Abweichung zum Vorgutachten der MEDAS C. \_\_\_\_\_ (AB 23/13 Ziff. 14) – nicht eingeschränkt sein (AB 79.1/15 lit. D, 79.1/34 lit. B). Auch von der Schwindelsymptomatik, welcher eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt wurde (AB 79.1/32 Ziff. 4), wäre eher eine Leistungseinschränkung zu er-

warten, sie fand indes gar keinen Eingang in das konsensual formulierte Belastungsprofil (AB 79.1/34 lit. B).

**5.5.2** Basierend auf den durchgeführten psychometrischen Abklärungen (AB 79.3/3 ff., 79.4/2 f.) ging Dipl. psych. M. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, von einer bloss minimalen bis leichten neuropsychologischen Funktionsstörung aus (AB 79.3/6). Sie folgerte, dass aufgrund der verminderten Konzentrationsfähigkeit bei Aufgabenstellungen, welche eine Neuaufnahme umfangreicher verbaler Informationen erfordern, mit einer längeren Lernphase zu rechnen sei und sich die verminderte Leistungsfähigkeit vor allem bei beruflichen Tätigkeiten mit einem sehr hohen kognitiven Anspruch negativ auswirke (AB 79.3/6). Daraus ist zu schliessen, dass für optimal leidensangepasste Tätigkeiten (die weder die Neuaufnahme umfangreicher verbaler Informationen erfordern noch einen hohen kognitiven Anspruch beinhalten) aus neuropsychologischer Sicht keinerlei relevante Einschränkungen bestehen. Im Widerspruch dazu wurde die Arbeitsunfähigkeit im Hauptgutachten auch mit neuropsychologischen Einschränkungen begründet, ohne differenziert aufzuzeigen, ob diese auch den angestammten Beruf betreffen bzw. welchen konkreten qualitativen Anforderungen ein Arbeitsplatz für die Bewältigung des zumutbaren Restpensums zu genügen hätte (AB 79.1/15 f. lit. D). Inwiefern sich die psychiatrische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zwanglos mit den neuropsychologischen Erkenntnissen in Einklang bringen lassen soll (AB 79.1/14 lit. D), ist vor diesem Hintergrund nicht einleuchtend.

**5.6** Aus dem vorstehend Dargelegten erhellt, dass die Expertise der MEDAS E. \_\_\_\_\_ vom 18. April 2016 (AB 79.1), insbesondere in Bezug auf die Einschätzung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit, nicht restlos überzeugt. Weitere diesbezügliche Sachverhaltserhebungen erübrigen sich indes (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Denn in somatischer Hinsicht bestehen – abgesehen vom Hüftleiden, welches sich höchstens auf die angestammte Tätigkeit auswirkt – keine relevanten Gesundheitsschäden (vgl. E. 5.4 hiavor). Folglich steht ein psychischer Gesundheitsschaden im Vordergrund, wobei die diesbezüglich attestierten Einschränkungen einer rechtlichen Beurteilung nicht standhalten (vgl. E. 6 hiernach). Das punktuell mangelbehaftete Administrativgut-

achten erlaubt dabei allemal eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren (vgl. E. 3.2.3 hiervor).

## 6.

**6.1** Dr. med. L.\_\_\_\_\_ diagnostizierte nebst den nichtorganischen Schlafstörungen (ICD-10: F51.0) einen phobischen Schwankschwindel, der angesichts der verwendeten Codierung (ICD-10: F45.8) unter die sonstigen somatoformen Störungen zu subsumieren ist (AB 79.1/32 Ziff. 4). Zwar fiel die Herleitung der Diagnosen durch den psychiatrischen Gutachter etwas knapp aus (AB 79.1/32 f. Ziff. 5), sie ist jedoch – auch unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der übrigen involvierten Fachgebiete, in denen eine organische Pathogenese differentialdiagnostisch ausgeschlossen wurde (vgl. E. 5.3 hiervor) – durchaus nachvollziehbar. Jedenfalls bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die einschlägigen klassifikatorischen Vorgaben (vgl. E. 3.2.1 hiervor; DILLING et al., a.a.O., S. 234, 251 f.) nicht erfüllt wären. Des Weiteren wiesen die Sachverständigen der MEDAS E.\_\_\_\_\_ wiederholt auf Inkonsistenzen bezüglich der subjektiv präsentierten Einschränkungen des Exploranden einerseits und dessen Freizeitverhalten andererseits hin (AB 79.1/14 lit. D, 79.1/17 lit. D, 79.1/22 lit. E Ziff. IV Ziff. 3, 79.1/34 lit. B lit. a), sie verneinten jedoch das Vorliegen von Ausschlussgründen (vgl. E. 3.2.2 hiervor) wie Aggravation oder Simulation klar (AB 79.1/14 lit. D, 79.1/18 lit. E Ziff. 4, 79.1/31 Ziff. 3, 79.1/33 Ziff. 5, 79.3/5 f.). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden grundsätzlich nicht aus, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 3.2.3 hiervor).

**6.2** Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

**6.2.1** Mit Bezug auf den Komplex *Gesundheitsschädigung* (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

**6.2.1.1** Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Die psychiatrischen Befunde wurden im Verlaufsgutachten der MEDAS E. \_\_\_\_\_ als bloss mittelgradig ausgeprägt beschrieben (AB 79.1/17 lit. E Ziff. I Ziff. 1) und im Belastungsprofil einzig die Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit als entsprechend eingeschränkt beurteilt (AB 79.1/34 lit. B).

**6.2.1.2** Sodann ist auf Verlauf und Ausgang von Therapien (und damit auf Behandlungserfolg bzw. -resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vertrat die Auffassung, das Störungsbild sei chronifiziert und nicht mehr therapeutisch beeinflussbar, mithin liege eine Behandlungsresistenz vor (AB 79.1/20 Ziff. IV Ziff. 3, 79.1/33 lt. A). Diese Einschätzung beruht aber offensichtlich hauptsächlich auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und vermag angesichts der medizinischen Aktenlage in keiner Art und Weise zu überzeugen. So erweist sich die Behauptung im Gutachten der MEDAS E. \_\_\_\_\_, wonach keine Hinweise darauf bestünden, dass der Explorand bei den Therapien nicht mitgewirkt habe (AB 79.1/20 Ziff. IV Ziff. 2), als aktenwidrig. Es ist dokumentiert, dass der Beschwerdeführer bereits vor Jahren mit starken Vorbehalten gegen vorgeschlagene psychotherapeutische Behandlungen bzw. Pharmakotherapie reagierte und unter anderem bloss ein körperlich ausgerichtetes Schwindeltraining absolvierte, welches folglich unbestrittenermassen erfolglos blieb (AB 6/3 Ziff. 5, 6/7 f., 6/42, 9/5). Die damals dringend empfohlenen Behandlungen wurden über Jahre hinweg nicht angemessen an die Hand genommen, ein adäquates Therapiesetting in Bezug auf das psychische Krankheitsbild konnte dementsprechend nie etabliert werden. In der Expertise der MEDAS C. \_\_\_\_\_ vom 25. August 2004 (AB 23) wurde ein erhebliches Therapiepotential konstatiert. Die Gutachter erachteten eine stationäre Therapie als ideal und empfahlen eine medikamentös unterstützte Verhaltenstherapie, daneben eine physiotherapeutische Behandlung sowie die Aufnahme einer angemessenen medizinischen Trainingstherapie

(AB 23/12 lit. C Ziff. 8). Trotz Aufforderung zur Schadenminderung (AB 26) nahm der Beschwerdeführer in der Folge keine entsprechende Behandlung auf. Zwar wurden nach einer weiteren Aufforderung (AB 36 f.) gewisse therapeutische Anstrengungen in Form von Medikamenten und Physiotherapie unternommen (AB 39/8, 39/10), der Beschwerdeführer unterzog sich jedoch insbesondere weder einer regelmässigen Psychotherapie noch einer stationären Behandlung. Sein langjähriger Hausarzt (AB 1/5 Ziff. 7.5.2, 16/33) Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab noch im Juni 2014 an, der Beschwerdeführer habe ihn seit Jahren nur wegen banaler Krankheiten konsultiert, ein «IV pflichtiges Leiden» sei nicht bekannt (AB 50). Anlässlich der Verlaufsexploration durch die MEDAS E.\_\_\_\_\_, räumte der Beschwerdeführer ein, er stehe nicht in ärztlicher Behandlung und nehme seit etwa zehn Jahren keinerlei Medikamente mehr ein (AB 79.1/28 Ziff. 2.1, 79.1/39 Ziff. 2.3, 79.1/46 Ziff. 2.1, 79.3/3). Die Behandlung bei der Psychologin lic. phil. O.\_\_\_\_\_ wurde erst kurz vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Oktober 2017 (AB 107), welche den zeitlichen Überprüfungszeitraum markiert (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), in die Wege geleitet (Beschwerde S. 4 Ziff. III Ziff. 2 lit. a; Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4 f.) und vermag an der bisher ungenügenden Behandlung nichts zu ändern. Angesichts des Umstands, dass die als indiziert erachteten Behandlungen jahrelang unterblieben, verbietet sich der Schluss auf eine eingetretene Therapieresistenz (vgl. auch Beschwerdeantwort S. 4 lit. C Ziff. 9).

**6.2.1.3** Die bisherigen Kriterien der «psychiatrischen Komorbidität» und «körperlichen Begleiterkrankung» wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Wesentliche somatische Beeinträchtigungen sind nicht ausgewiesen (vgl. E. 5.4 hiervor). Zwar ging Dr. med. L.\_\_\_\_\_ davon aus, die beiden psychiatrischen Gesundheitsstörungen würden sich wechselweise aufrechterhalten (AB 79.1/19 Ziff. III Ziff. 3, 79.1/33 lit. A), eine nähere Begründung dafür lieferte er indes nicht.

**6.2.2** Dafür, dass der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen keine Anhaltspunkte. Der Beschwerdeführer imponierte anlässlich der Exploration weder persönlichkeitsakzentuiert noch persönlichkeitsgestört, vielmehr zeigte er sich verträglich, kontaktfreudig und offen (AB 79.1/30 Ziff. 3, 79.1/33 lit. A). Die im neurologischen Teilgutachten festgestellten Leistungseinschränkungen sind – anders als in der Beschwerde (S. 5 Ziff. III Ziff. 2 lit. c) vorgebracht – in diesem Kontext irrelevant, zumal sie nicht über eine minimale bis leichte Einschränkung hinausgehen (AB 79.3/6; vgl. E. 5.5.3 hiavor).

**6.2.3** Der Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch weiterhin Ressourcen bereit. Der Beschwerdeführer pflegt ein generationenübergreifendes Familienleben und nimmt auch an Freizeitaktivitäten teil (AB 79.1/33 lit. A). Im Rahmen der Schilderung des Tagesablaufes gab er unter anderem an, nach dem gemeinsamen Mittagessen mit seiner Tochter treffe er sich am Nachmittag jeweils mit Bekannten; er gehe ab und zu in ein «Beizili», wo er dann mit Anderen diskutiere. Nachdem seine Ehefrau nach Hause gekommen sei, werde gemeinsam mit dem Sohn gegessen und der Abend verbracht (AB 79.1/27 f. Ziff. 2.1).

**6.3** Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie «Konsistenz». Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

**6.3.1** Es besteht keine *Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen* (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Der Beschwerdeführer steht üblicherweise zwischen 6.00 Uhr und 6.30 Uhr auf, besorgt den Haushalt, erledigt Einkäufe und kocht für sich und seine Tochter das Mittagessen. Er trifft sich mit Bekannten, verbringt Zeit in Gastgewerbebetrieben, benutzt öffentliche Verkehrsmittel und fährt Auto (AB 79.1/27 Ziff. 2.1, 79.1/39 Ziff. 2.5, 79.1/45 Ziff. 2.1, 79.2/2). Damit ist er in der Lage, im Rahmen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) Ressourcen zu mobilisieren, während er sich gleichzeitig vollständig arbeitsunfähig sieht (AB 79.1/14 lit. D, 79.1/31 Ziff. 3, 79.1/34 lit. B). Dass er seit 20

Jahren keinen Sport mehr betreibt und nicht Spazieren geht (Beschwerde S. 6 Ziff. III Ziff. 2 lit. d), vermag daran nichts zu ändern. Er war früher vor allem wegen des Hundes – der mittlerweile verstorben ist – viel draussen (AB 79.2/2) und die Aufgabe der sportlichen Aktivitäten erfolgte bereits lange vor dem Rentenbeginn. Für beide geltend gemachte Änderungen finden sich somit invaliditätsfremde Hintergründe.

**6.3.2** Die *Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen* (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) spricht für einen geringen Leidensdruck. Im Zusammenhang mit den psychiatrischen Beschwerden erfolgte nie eine Hospitalisation und auch nach der mehrfachen Aufforderung zur Selbsteingliederung (AB 26, 36 f.) blieben die therapeutischen Bemühungen inadäquat (vgl. E. 6.2.1.2 hiervor), dies trotz fehlenden Hinweisen für eine Unfähigkeit zur Therapieadhärenz.

**6.4** In der Gesamtbetrachtung fehlt es am erforderlichen funktionellen Schweregrad der psychischen Diagnosen. Vor diesem Hintergrund ist auf die ärztlicherseits aus rein psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Optik nicht abzustellen. Es verbleiben damit Einschränkungen, die höchstens der Ausübung des angestammten Berufs entgegenstehen, eine leidensadaptierte Tätigkeit aber nicht beschlagen.

Die Beschwerdegegnerin ermittelte anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (vgl. Art. 16 ATSG; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136) einen rentenausschliessenden (vgl. E. 3.3 hiervor) Invaliditätsgrad von 26 % (AB 107/4). Diese Invaliditätsbemessung wird seitens des Beschwerdeführers nicht in Frage gestellt und gibt zu keinen weitergehenden Bemerkungen Anlass. Folglich wurde die laufende ganze Invalidenrente zu Recht in Anwendung von Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 1 lit. a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) per 30. November 2017 aufgehoben; die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

**7.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**7.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**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):
  - Fürsprecher 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 öf-

fentlich-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.