

200 17 175 IV
SCJ/ABE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Juli 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Januar 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1966 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog seit dem 1. Oktober 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 83% eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Verfügung vom 22. Mai 2007 [Antwortbeilage {AB} 68/2]). Der Rentenanspruch wurde 2010 revisionsweise bestätigt (AB 99). Im Rahmen einer weiteren, Ende 2014 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision (AB 113 ff.) ordnete die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) auf Empfehlung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 122/3) eine polydisziplinäre Untersuchung an (AB 125, 152). Gestützt auf die entsprechende Expertise der MEDAS C._____ vom 12. Oktober 2016 (AB 175.1) hob die IVB die Rente – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 176 ff.) – mit Verfügung vom 17. Januar 2017 (AB 183) auf das Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats auf (Invaliditätsgrad: 31%).

B.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 15. Februar 2017 Beschwerde mit folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung vom 17. Januar 2017 sei mangels Revisionsgrund aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer weiterhin und rückwirkend die bisherige Rente auszurichten.
2. Eventualiter seien berufliche Massnahmen unter Leistung eines Taggeldes gutzusprechen bzw. zu verfügen.

unter Kosten- und Entschädigungsfolge

In der Begründung wird im Wesentlichen eine Verbesserung des Gesundheitszustands bestritten.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. März 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, soweit auf die Beschwerde einzutreten sei, deren Abweisung.

Am 29. März und am 16. Juni 2017 gingen beim Gericht weitere medizinische Unterlagen des Beschwerdeführers ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a 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 Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. Januar 2017 (AB 183). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch bzw. die Rechtmässigkeit der Rentenaufhebung per Ende Februar 2017 (vgl. AB 184).

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). 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).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

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).

2.4 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).

2.4.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. 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).

2.4.2 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine 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).

2.4.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

3.

Vorab ist zu prüfen, ob ein Revisionsgrund vorliegt. Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt zur Zeit der rentenzusprechenden Verfügung vom 22. Mai 2007 (AB 68/2) mit demjenigen, der sich bis zur angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2017 (AB 183) entwickelt hat. Die Rentenbestätigung von 2010 (AB 99) ist in dieser Hinsicht unbeachtlich, da ihr keine umfassende materielle Anspruchsüberprüfung vorausging (vgl. E. 2.4.2 hiervor).

3.1 Die Rentenzusprechung im Jahr 2007 (AB 68/2) basierte im Wesentlichen auf dem Gutachten der MEDAS D. _____ vom 15. November 2006 (AB 58). Darin wurde Folgendes erwähnt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Status nach Femurkopfnekrose beidseits mit progredientem Einbruch des Femurkopfes links
2. Lumbovertebralsyndrom bei
 - Status nach zweimaliger Diskushernienoperation mit residuellem sensiblem Ausfallsyndrom L5 und S1
 - Übergangsanomalie mit partieller Lumbalisation und Ausbildung einer Nearthrose rechts
 - Osteochondrosen und Spondylarthrosen L5/S1 und S1/S2
3. Klinisch Verdacht auf Dysfunktion des Acromioclaviculargelenkes an der linken Schulter mit Impingement-Syndrom
4. Morbus Crohn mit segmentärer Colitis

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

5. Mässige Varikose beidseits

Bezüglich der Darmbeschwerden habe eine Coloskopie zunächst eine Colitis ulcerosa ergeben. Trotz Behandlung sei es immer wieder zu Exazerbationen der Colitis gekommen. Im 2003 sei die entsprechende Erkrankung dann als Morbus Crohn qualifiziert worden. Aktuell leide der Explorand unter gehäuften Darmkrämpfen, fast täglich mit Schleimabgang. Nebst der regulären medikamentösen Therapie müsse er immer wieder Imodium einnehmen, weil die imperativ auftretenden Durchfälle ihn gesellschaftsunfähig machen würden (S. 22). 1997 und 1999 sei der Explorand jeweils von einer Hebebühne zu Boden gestürzt; seither beständen Rückenschmerzen. 2002 seien Hüftschmerzen hinzugekommen; es sei sowohl ein Status nach (rechts) als auch eine akute (links) Femurkopfn-

kröse festgestellt worden. Letztere sei im September 2002 hüfterhaltend operiert worden (S. 22). Die Behandlung der Rückenschmerzen, u.a. mit Facetteninfiltrationen, sei nur teilweise erfolgreich gewesen. Schliesslich seien auch Polyarthralgien an den Händen sowie degenerative Gelenkveränderungen (Rhizarthrose, Heberdenarthrosen) aufgetreten. Im Februar 2005 sei die Diskushernie operiert worden; bereits Ende 2005 seien wieder radikuläre Schmerzausstrahlungen aufgetreten, ein Rezidiv der Diskushernie L5/S1 festgestellt und eine erneute Operation durchgeführt worden. Aktuell leide der Explorand weiterhin unter wechselnd starken Rückenschmerzen (S. 23). Er gebe an, dass er wegen der Schmerzen psychisch leide. Bei der Untersuchung sei eine eigentliche depressive Gestimmtheit jedoch nicht vorhanden gewesen (S. 24). Die frühere Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sei nicht mehr zu stellen. Ebenso fehlten Anhaltspunkte für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine emotional instabile Persönlichkeit. Aus psychiatrischer Sicht wäre eine Arbeitstätigkeit durchaus zumutbar (S. 25). Insgesamt sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der freien Wirtschaft auszugehen, welche orthopädisch und mit der Darmerkrankung begründet sei. Für rein intellektuelle Arbeiten, die theoretisch in Frage kämen, sei der Explorand aus bildungs- und sprachlichen Gründen ungeeignet. Möglich seien demzufolge Nischentätigkeiten im Umfang von 30-50% in einer geschützten Umgebung, wo der Explorand behinderungs- bzw. schmerzbedingt längere Pausen einschalten und die Arbeit entsprechend unterbrechen könnte (S. 25).

3.2 Der rentenaufhebenden Verfügung vom 17. Januar 2017 (AB 183) lag hauptsächlich das Gutachten der MEDAS C. _____ GmbH vom 12. Oktober 2016 (AB 175.1) zugrunde. Darin wurden nach internistischer, neurochirurgischer, orthopädischer, gastroenterologischer und psychiatrischer Untersuchung folgende Diagnosen erwähnt (S. 50 f.):

Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

- Wiederkehrende Schulterarthralgien beiderseits bei AC-Gelenkarthrose, marginaler Einengung des subakromialen Raumes, SLAP-II-Läsion, degenerative Rotatorenmanschettenveränderungen ohne transmurale Ruptur und bei Tendinopathie der Bizepssehne – MRT (Februar 2006) mit Status nach AC-Gelenkresektion, Acromioplastik und arthroskopischer Bizepsstenotomie rechte Schulter am 9. Mai 2016

- Chronisch wiederkehrende Cervikodorsolumbalgien bei geringer Wirbelsäulenfehlstatik und beginnenden degenerativen HWS-, BWS- und LWS-Veränderungen und bei Status nach Mikrodiskektomie L4/L5 links 8. Februar 2005 und Mikrodiskektomie und Nukleotomie L5/S1 links 21. Dezember 2005 bei lumbosakraler Übergangsstörung
- Wiederkehrende Coxalgien beidseits bei Status nach Femurkopfnekrose beidseits und bei Status nach Hüft-TEP-Implantation links November 2005 sowie beginnende Coxarthrose rechts
- Psychologische Faktoren, die einen medizinischen Krankheitsfaktor beeinflussen DSM 316 sowie sonstige nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung bei Erwachsenen (ICD-10 F69)

Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

- Beginnende Rhizarthrose beidseits, beginnende Heberden-Arthrosen beidseits
- Geringe bis mässiggradige Genua vara
- Varikosis im Bereich beider Beine
- Hohl-Spreizfuss beiderseits
- Seit 2001 bekannte chronisch entzündliche Darmerkrankung (indeterminante Colitis) bei seit 2014 vollständiger klinischer und endoskopischer Remission
- Persistierende Helicobacter-Infektion, Status nach zweimaligem nichterfolgreichem Eradikationsversuch (aktuell erneuter Eradikationsversuch nach dem klassischen Schema)
- Persistierende funktionelle Störung des Magen-Darm-Traktes mit im Vordergrund stehender erhöhter Stuhlfrequenz
- Arterielle Hypertonie, medikamentös therapiert
- Herzrhythmusstörungen (anamnestisch), aktuell ohne subjektive Symptome
- Leichte Adipositas (BMI 29,3 m²)
- Chronische Schmerzstörung (ICD-10 R52)

Aus neurochirurgischer Sicht habe sich der objektivierbare Status nach den Operationen der lumbalen Diskushernie und des Frührezidivs vor Jahren in erfreulicher Art und Weise normalisiert. Die geklagten Beschwerden könnten nicht einer somatischen Läsion zugeordnet werden resp. seien als Anzeichen einer Aggravationstendenz zu interpretieren. Rein fachspezifisch könne die fortdauernde Arbeitsunfähigkeit keinem neurochirurgischen Leiden zugeordnet werden. Bei Vermeiden von länger dauernden, monotonen Körperhaltungen, Manipulieren von schweren Gewichten und über längere

Zeit repetitiven Bewegungsabläufen sei eine vollschichtige Arbeitstätigkeit zumutbar (S. 46).

Bei der orthopädischen Untersuchung hätten sich Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule in ihrer Beweglichkeit jeweils frei gezeigt. Es bestehe eine Betonung der BWS-Kyphose und eine geringe Seitenausbiegung der Wirbelsäule, ohne dass dies eine bedeutsame Fehlstatik darstelle. Eine Blockierung im chirodiagnostischen Sinne oder eine anderweitige akute Pathologie bestehe an der Wirbelsäule nicht. Der Untersuchungsbefund korreliere gut mit dem Bildmaterial. Die aktuellen Röntgenaufnahmen der HWS hätten nur diskret beginnende degenerative Veränderungen gezeigt. Gleiches gelte für die aktuellen Aufnahmen der BWS und LWS. Neben einer geringen Wirbelsäulenfehlstatik beständen auch hier nur diskrete degenerative Veränderungen, wobei diese an der Brustwirbelsäule sich am ehesten auf dem Boden eines nichtfunktionsrelevanten Morbus Scheuermann entwickelt hätten. Gesamtwertend passe die geklagte Schmerzausstrahlung von der Wirbelsäule ins linke Bein allenfalls zu pseudoradikulären, keinesfalls aber zu radikulären Schmerzen. Hinweise auf das Vorliegen einer vertebralem Nervenwurzelreizung fänden sich seit dem zweiten Eingriff an der Wirbelsäule (2005) weder in den Akten noch bei der aktuellen klinisch-orthopädischen Untersuchung. Gelegentliche funktionelle Irritationen an der Wirbelsäule seien jedoch denk- und nachvollziehbar, etwa belastungsabhängige Schmerzen bei langem Stehen und Gehen, Schmerzen in Form von Anlaufschmerzen nach langem Sitzen und Schmerzen beim Aufrichten aus gebückter Haltung. Zu erwarten seien auch Schmerzen bei langen statischen Wirbelsäulenbelastungen und bei längeren Belastungen ausserhalb der Körperachse (S. 46).

Das Bildmaterial der Schulter zeige eine aktivierte AC-Gelenkarthrose mit Spongiosaödem. Zudem zeigten sich auf den Aufnahmen eine marginale Einengung des Subacromialraumes und Partialrupturen der Rotatorenmanschette ohne Nachweis einer transmuralen Ruptur. Am Bizepslabrum-Ansatz finde sich eine SLAP-II-Läsion und betreffend die Bizepssehne bestehe eine geringe Tendinopathie. Es sei davon auszugehen, dass der Eingriff an der rechten Schulter vom 9. Mai 2015 (recte: 2016 [AB 163/2]) zu einer deutlichen Besserung des Schulterleidens führe (S. 46). Die Er-

gebnisse nach solchen Eingriffen seien in der Regel sehr gut, insbesondere nachdem beim Exploranden keine transmurale Rotatorenmanschettenruptur bestehe. Weil der Eingriff jedoch erst nach der Exploration erfolge, sei das Ergebnis nicht beurteilbar (S. 47). Am linken Schultergelenk sei die Symptomatik deutlich geringer ausgeprägt als rechts. Linksseitig habe sich über die konservative Behandlung im Laufe der Jahre eine Besserung eingestellt; zumindest aktuell sei ein operatives Vorgehen nicht in Erwägung zu ziehen (S. 46).

In Bezug auf die Hüftgelenke habe die Femurkopfnekrose in Verbindung mit der fortschreitenden Coxarthrose im November 2015 zur Notwendigkeit des endoprothetischen Hüftgelenkersatzes geführt; dies sei komplikationslos verlaufen. Auch die letzten Röntgenverlaufskontrollen (2016) hätten regelrecht einliegende Implantate ohne Lockerungs- und ohne Entzündungszeichen gezeigt. Dennoch resultiere eine dauerhafte Funktionseinschränkung: Arbeiten ausschliesslich im Stehen und Gehen seien nicht mehr vollschichtig zumutbar, ebenso wenig regelmässige mittelschwere und alle schweren körperlichen Tätigkeiten. Auch Stoss- und Stauchungsbelastungen an den Hüftgelenken seien zu vermeiden (S. 47).

Was die epigastrische Schmerzsymptomatik anbelange, sei diese gut im Rahmen der aktiven Helicobacter-Infektion zu erklären. Die geklagten unspezifischen gastrointestinalen Beschwerden mit erhöhter Stuhlfrequenz seien am ehesten auf funktionelle Störungen des Magen-Darm-Traktes zurückzuführen. Seit ca. 2014 bestehe aber eine vollständige klinische und endoskopische Remission der seit 2001 bekannten chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (indeterminante Colitis). Weder aus allgemein-internistischer noch aus gastroenterologischer Sicht würden die Befunde negative Auswirkungen auf das Fähigkeitsprofil bezüglich der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen (S. 47).

Aus psychiatrischer Sicht beständen vorwiegend unspezifische Symptome als Reaktion auf verschiedene somatische Leiden, welche die berufliche Tätigkeit – nach längeren Absenzen und Verlust des Arbeitsplatzes – beendet hätten. Es sei von einer Schonhaltung und Symptomausweitung auszugehen. Von einer Therapieresistenz der psychischen Beschwerden könne nicht gesprochen werden (S. 47). Allenfalls sei von einer Persönlich-

keitsakzentuierung auszugehen. Hinweise für eine relevante Persönlichkeitsstörung ergäben sich aber nicht. Diagnostisch könne von psychologischen Faktoren ausgegangen werden, die einen medizinischen Krankheitsfaktor beeinflussten, sowie von einer nicht näher bezeichneten Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-19 F69). Ein kognitives Defizit bestehe nicht (S. 48).

Hinweise auf eine rheumatische Systemerkrankung oder eine Fibromyalgie fänden sich nicht. Anhaltspunkte für ein systemisch entzündlich-rheumatisches Geschehen hätten sich auch bei wiederholtem Vorstellen beim Rheumatologen nie ergeben. Die 2005 an den Händen festgestellte beginnende Rhizarthrose und die diskreten Heberden-Arthrosen seien sowohl anamnestisch als auch auf explizite Nachfrage symptomlos (S. 48).

Idealerweise würde der Explorand in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit arbeiten. Dabei sei von einem erhöhten Pausenbedarf auszugehen. Nicht mehr zumutbar seien Tätigkeiten mit häufigem Bücken und Heben von Lasten über 15 kg (S. 49). In seiner angestammten Tätigkeit als ... sei der Explorand nicht mehr einsetzbar. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe aus somatischer Sicht – bei einer möglichen Präsenzzeit von 8.5 Stunden pro Tag – eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Auch aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf 80% reduziert; in ca. 12 Monaten sei psychiatrisch eine volle Arbeitsfähigkeit erreichbar. Hingegen werde die somatisch begründete Einschränkung wohl Bestand haben. Die Leistungsminderungen von je 20% würden sich nicht addieren, sondern gegenseitig abdecken (S. 50).

Der Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprechung gebessert. Bezüglich der im Rahmen der Begutachtung der MEDAS D. _____ erhobenen somatischen Befunde bestehe zwar weitgehende Übereinstimmung, nicht jedoch bezüglich deren Funktionseinschränkungen. Zwischenzeitlich sei etwa die Gehbelastung durch den endoprothetischen Hüftgelenkersatz links wieder deutlich besser möglich als früher. Zudem komme der Explorand bezüglich der Wirbelsäulenproblematik seit der Operation im 2005 mit nur ganz geringer Behandlungsaktivität gut zurecht (S. 53).

3.3 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).

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).

3.4 Die MEDAS-Expertise vom 12. Oktober 2016 (AB 175.1) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung (E. 3.3 hiervoor) und überzeugt. Sie beruht auf einlässlichen Untersuchungen und wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Kenntnis der Vorakten erstattet. In der Darlegung der medizinischen Situation ist sie widerspruchsfrei und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Es finden sich weder Hinweise für eine Unrichtigkeit des Gutachtens noch Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung sprechen. Sodann sind die Anforderungen an zwecks Rentenrevision erstellte Expertisen erfüllt: Namentlich haben sich die Gutachter auch auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezogen (vgl. SVR 2013 IV Nr. 44 S. 136 E. 6.1.2). Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag daran nichts zu ändern. Die Gutachter haben die Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht generell retrospektiv seit 2002 als gültig bezeichnet (vgl. Beschwerde, S. 3 f.), sondern dies (gesichert) einzig in Bezug auf die angestammte Berufstätigkeit angenommen, was unbestritten ist. Die Restarbeitsfähigkeit in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit, so wie sie die MEDAS-Gutachter beurteilt haben, gilt „spätestens“ seit Ende Februar 2016 (AB 175.1/52). Ausserdem ist in der Einschätzung vom 12. Oktober 2016 nicht „lediglich eine abweichende Beurteilung bei gleichem Gesundheitszustand“, wie er schon 2006 (AB 58) bzw. 2007 (AB 68) bestanden habe, zu erblicken (Beschwerde, S. 4), welche revisionsrechtlich unbeachtlich wäre (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11). Vielmehr ist – wie nachfolgend aufgezeigt wird – eine Verbesserung des Gesundheitszustands im Sinne eines Revisionsgrundes ausgewiesen.

3.4.1 Was zunächst die Darmerkrankung anbelangt, haben die MEDAS-Gutachter – entgegen der Annahme in der Beschwerde (S. 3) – nicht einfach den Morbus Crohn nicht mehr erwähnt. Wenn der Magen-Darm-Spezialist unter Berücksichtigung der Vorakten, der anamnestisch erhobenen Angaben und der eigenen gastroenterologischen Untersuchung zum Schluss gelangte, die seit 2001 bekannte chronisch-entzündliche Darmerkrankung (indeterminante Kolitis) sei seit 2014 klinisch wie auch endoskopisch vollständig remittiert (vgl. AB 175.1/63), ist dies nicht zu beanstanden. Denn wie den Berichten der behandelnden Ärzte zu entnehmen ist, zeigte die histopathologische Untersuchung bereits Ende 2012 eine höchstens mässige Aktivität der Darmkrankheit; die Biopsie ergab eine Kolonschleimhaut „ohne relevanten pathologischen Befund“ (AB 106/1). In der Folge war der Beschwerdeführer denn auch mehr oder weniger beschwerdefrei (AB 116/24) und die Koloskopie vom 7. Mai 2014 war dann sogar „strikt unauffällig“ und ohne Narben und ohne Entzündung (AB 110/2). Zwar wurde am 28. August 2015 wieder eine leichtgradig floride Entzündung der Darmschleimhaut festgestellt, gleichzeitig aber festgehalten, dies entspreche keinem signifikanten histopathologischen Befund (AB 127/3; vgl. auch AB 127/1 und 169/3). Nachdem die Gastroskopie vom 9. März 2016 nach wie vor einen positiven *Helicobacter pylori* sowie einen klaffenden Kardiaschluss ergeben hatte, wobei eine Refluxösophagitis explizit ausgeschlossen wurde (AB 159/6), sahen die MEDAS-Gutachter

die geklagte epigastrische Schmerzsymptomatik vielmehr im Zusammenhang mit der aktiven Helicobacter-Infektion. Die unspezifischen gastrointestinalen Beschwerden mit erhöhter Stuhlfrequenz sind demnach am ehesten auf funktionelle Störungen des Magen-Darm-Traktes zurückzuführen (AB 175.1/47). Die Einschätzung, wonach bezüglich der Darmerkrankung seit dem massgeblichen Referenzzeitpunkt eine Verbesserung eingetreten ist, deckt sich im Übrigen selbst mit der Einschätzung des Hausarztes: So berichtete Dr. med. E. _____, Praktischer Arzt, am 3. Februar 2017 (Beschwerdebeilage [BB] 5), dass der Beschwerdeführer seit ca. 20 Jahren bei ihm in Behandlung sei bzw. dass er „damals“ unter abdominalen Schmerzen und wässrigem/blutigem Stuhlgang gelitten habe, während der Darm momentan stabil sei resp. die häufigen Toilettengänge womöglich psychogen begründet seien.

Sodann hat sich auch in Bezug auf das Hüftleiden eine Besserung eingestellt. Zwar führten insbesondere die fortschreitende Coxarthrose und die Femurkopfnekrose zur Notwendigkeit eines endoprothetischen Hüftgelenkersatzes (AB 141/1, 175.1/47). Der Verlauf nach der (zementfreien) Implantation des künstlichen Hüftgelenks am 25. November 2015 gestaltete sich aber komplikationslos (AB 141/3) und die Röntgenaufnahmen von 2016 zeigten regelrecht einliegende Implantate ohne Lockerungs- oder Entzündungszeichen (AB 146/2, 175.1/47). Die frühere deutliche Einschränkung bezüglich Steh- und Gehfähigkeit (vgl. AB 58/24) und die schmerzbedingte Notwendigkeit vermehrter Pausen (AB 58/25) wurden denn auch nicht mehr bestätigt. Zwar wird dem Beschwerdeführer nach wie vor eine dauerhafte Funktionseinschränkung wegen der Hüfterkrankung zugestanden (AB 175.1/47), jedoch kann angesichts des Verlaufs nach der Operation sowie aufgrund der Symptombeschreibung (vgl. AB 175.1/30) hinsichtlich der hier entscheidenden Arbeits- und Leistungsfähigkeit ohne weiteres von einer Verbesserung ausgegangen werden.

Weiter hat sich hinsichtlich der Schulterproblematik insofern eine Veränderung ergeben, als aufgrund einer aktivierten AC-Gelenksarthrose, einer marginalen Einengung des Subacromialraumes, einer SLAP-II-Läsion und einer geringen Tendinopathie der Bizepssehne (vgl. AB 157/2) am 9. Mai 2016 eine Schulterarthroskopie durchgeführt werden musste (AB 163/2).

Die MEDAS-Gutachter gingen prognostisch davon aus, dass diese – nach der Exploration durchgeführte – Operation zu einer deutlichen Besserung des Beschwerdebildes führen werde, wobei das Ergebnis selbstredend nicht abschliessend beurteilt werden konnte (AB 175.1/46). Zwar persistierten nach dem Eingriff trotz Physiotherapie gewisse Restbeschwerden, weswegen am 8. November 2016 erneut eine Infiltration durchgeführt wurde (AB 177/11). In der Folge waren die Beschwerden jedoch regredient (AB 178/2). Auch aus den zahlreichen nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstatteten Berichten geht – soweit diese trotz des zeitlich beschränkten Überprüfungshorizonts des Gerichts Rückschlüsse auf die Situation im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung erlauben und zu berücksichtigen sind (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4) – hervor, dass die Schulterproblematik nicht mehr im Vordergrund steht. Gegenteiliges wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht vorgebracht.

Schliesslich hat sich objektiv auch die Befundlage im Zusammenhang mit dem Rücken „normalisiert“ (AB 175.1/46). Während die Lumbalwirbelsäule anlässlich der rheumatologisch-orthopädischen Untersuchung im Jahre 2006 massiv schmerzhaft und praktisch vollständig blockiert war, sowohl in der Extension als auch in der Seitneigung und Inklination (AB 58/23), waren anlässlich der Exploration im Jahre 2016 sämtliche Abschnitte der Wirbelsäule frei beweglich und eine Blockierung oder eine anderweitige akute Pathologie war nicht mehr auszumachen (AB 175.1/46).

3.4.2 Nach dem Dargelegten hat sich der Gesundheitszustand revisionsrechtlich verändert. Soweit die Beschwerdegegnerin in Betracht zieht, dass es dem Beschwerdeführer – bei gleich bleibenden Diagnosen – zwischenzeitlich gelungen sei, sich besser an das Leiden anzupassen (vgl. Beschwerdeantwort, Ziff. 8), kann ihr nicht gefolgt werden. Denn hier liegen veränderte Befundlagen vor und hinsichtlich der Diagnosen haben sich diverse Änderungen ergeben (vgl. E. 3.4.1 hiervor). Damit hat eine freie Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen (E. 2.4.3 hiervor). Gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 12. Oktober 2016 (AB 175.1) ist erstellt, dass dem Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit spätestens seit Ende Februar 2016 ein zeitlich volles Pensum zumutbar ist, wobei eine Leistungsfähigkeit von 80% besteht (AB 175.1/52).

4.

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

Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich wird vom Beschwerdeführer – abgesehen von dem im Gesundheitsfall korrekt angenommenen Erwerbsspensum von 80% (vgl. E. 3.4.2 hiervor) – nicht bestritten und es bestehen auch keine Anhaltspunkte für dessen Unrichtigkeit. Insbesondere ist nicht zu beanstanden, dass aufgrund der langjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt (vgl. AB 96/3) nunmehr auch das Valideneinkommen auf der Basis von Tabellenlöhnen berechnet wurde (AB 183/1; vgl. demgegenüber noch AB 68/8). Zu Recht hat die Beschwerdegegnerin dabei auf das Kompetenzniveau 2 der LSE abgestellt, verfügte der Beschwerdeführer doch über umfassende Fachkenntnisse mit langjähriger Berufserfahrung im ...-Gewerbe (vgl. AB 1/10). Aus der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen (Fr. 72'878.-- resp. Fr. 50'641.--) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'237.--, was einem Invaliditätsgrad von aufgerundet 31% entspricht. Die Rente wurde somit zu Recht aufgehoben (vgl. E. 2.2 hiervor). In Anwendung von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ist schliesslich auch der Zeitpunkt der Renteneinstellung (vgl. AB 184) nicht zu beanstanden.

4.2 Soweit der Beschwerdeführer eventualiter berufliche Massnahmen beantragt, ist Folgendes festzuhalten:

Grundsätzlich ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung der Leistungsfähigkeit entgegenstehen. In Fällen, in welchen die versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt

oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat, muss sich die Verwaltung vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür – ausnahmsweise – im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen vorausgesetzt ist (SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.1 und 3.3).

Diese Voraussetzungen sind hier nicht gegeben: Der 1966 geborene (AB 1/29) Beschwerdeführer ist weder 55 Jahre alt noch bezog er die Rente – bei Rentenbeginn im Oktober 2002 (AB 68/2) und Einstellung Ende Februar 2017 (AB 183 f.) – mehr als 15 Jahre (vgl. auch BGE 141 V 5). Nach der Rechtsprechung kann die Eingliederung auch in Grenzfällen angeordnet werden, wenn aus den Akten hervorgeht, dass die Verwertung des Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Vorliegend kann höchstens hinsichtlich der Rentenbezugsdauer ein Grenzfall im Sinne der Rechtsprechung angenommen werden. Dem Beschwerdeführer ist jedoch gemäss Zumutbarkeitsprofil eine leichte körperliche Tätigkeit ohne wesentliche Limitierungen möglich (vgl. AB 175.1/49). Zudem basiert eine allfällige längere Eingewöhnungszeit auf einer (invaliditätsfremden [vgl. AB 175.1/53]) Dekonditionierung (vgl. AB 175.1/49; vgl. auch Beschwerde, S. 7). Es liegen keine Umstände vor, welche gegen die Verwertbarkeit der medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung sprechen würden. Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Rente ohne vorherige Durchführung von Eingliederungsschritten aufgehoben hat. Im Übrigen hat die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (Ziff. 9) darauf hingewiesen, dass es dem Beschwerdeführer jederzeit frei stehe, ein Gesuch um (ordentliche, d.h. nicht im Zusammenhang mit der Rentenaufhebung stehende) berufliche Massnahmen einzureichen.

4.3 Zusammenfassend erweist sich die Verfügung vom 17. Januar 2017 (AB 183) als rechtens. Die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

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.

5.2 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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Eingaben des Beschwerdeführers vom 28. März und 15. Juni 2017, je inkl. Beilagen)
 - 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.