

200 17 224 IV
KOJ/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. September 2017

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. Januar 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1962 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 15. April 2003 unter Hinweis auf eine Herzerkrankung und eine Depression bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Rentenbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese tätigte in der Folge Abklärungen medizinischer und beruflicher Art. Insbesondere beauftragte sie die Begutachtungsstelle C._____ (MEDAS) mit der psychiatrischen Begutachtung des Versicherten. Gestützt auf dessen psychiatrisches Gutachten vom 11. Juni 2004 (AB 21) sprach die IVB dem Versicherten mit Verfügung vom 24. August 2004 (AB 24/2) bei einem Invaliditätsgrad von 90% rückwirkend ab 1. April 2003 eine ganze Invalidenrente zu. Der Anspruch auf eine ganze Rente bei unverändertem Invaliditätsgrad wurde in der Folge mehrmals bestätigt (vgl. Mitteilungen vom 12. Januar 2007 [AB 41] und 20. Mai 2010 [AB 57]).

B.

Anlässlich eines 2014 in die Wege geleiteten Rentenrevisionsverfahrens tätigte die IVB erneut medizinische und erwerbliche Abklärungen. Insbesondere beauftragte sie das MEDAS mit der interdisziplinären Begutachtung des Versicherten (vgl. Gutachten vom 26. Januar 2016 [AB 84.1]). Nach Vorlage des Gutachtens an den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. Stellungnahme vom 13. April 2016 [AB 86]) bat die IVB das MEDAS um eine Ergänzung ihres Gutachtens (vgl. Schreiben vom 15. April 2016 [AB 87]), welche dieses am 20. Juli 2016 (AB 91) verfasste. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 93, 94, 98) hob die IVB mit Verfügung vom 26. Januar 2017 (AB 99) bei einem Invaliditätsgrad von 34% die Invalidenrente per Ende Februar 2017 auf.

C.

Mit Eingabe vom 1. März 2017 erhob der Versicherte – vertreten durch Fürsprecher B. _____ – hiergegen Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. Januar 2017 (AB 99) sei aufzuheben. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 29. März 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 31. März 2017 forderte der Instruktionsrichter die Beschwerdegegnerin auf, bis am 1. Mai 2017 das Zustelldatum der angefochtenen Verfügung zu ermitteln und in einer Ergänzung zur Beschwerdeantwort zur Rechtzeitigkeit der Beschwerdeeinreichung Stellung zu nehmen.

In der Stellungnahme vom 1. Mai 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin, auf die Beschwerde sei einzutreten, da sie rechtzeitig erhoben worden sei.

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; vgl. auch Trac&Trace-Sendungsverfolgung [in den Gerichtsakten]) 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 26. Januar 2017 (AB 99). Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der verfügten 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). 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 Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3

2.3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 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).

2.3.2 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 Gesundheitszu-

stands 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).

2.3.3 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 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).

2.3.4 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

2.3.5 Bei Versicherten, welche die Leistung weder unrechtmässig erwirkt noch die Meldepflicht verletzt haben, erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88^{bis} Abs. 2 IVV).

2.4 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).

3.

3.1 Vorliegend ist der Sachverhalt der (auf einer umfassenden materiellen Leistungsprüfung basierenden) Verfügung vom 24. August 2004 (AB 24/2) mit demjenigen im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 26. Januar 2017 (AB 89) zu vergleichen und zu prüfen, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchrelevanter Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3 hiavor).

Die Mitteilung vom 12. Januar 2007 (AB 41), mit welcher in zwei kurzen Sätzen festgehalten wurde, dass bei der Überprüfung des Invaliditätsgrads keine Änderung habe festgestellt werden können, die sich auf die Rente auswirke, weshalb bei einem Invaliditätsgrad von 90% weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bestehe, ist – entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 2.4) – revisionsrechtlich unbeachtlich, da ihr keine hinreichende Prüfung der anspruchrelevanten Tatsachen zugrunde gelegen hat (vgl. E. 2.3.2 hiavor). Daran ändert der Umstand nichts, dass das psychiatrische Gutachten vom 30. November 2006 (AB 39) eingeholt wurde. Die Beschwerdegegnerin hat im Anschluss daran keine einlässliche Beweiswürdigung vorgenommen. Diese war denn auch nicht nötig, zumal die Gutachter von einem seit einigen Jahren stationären Gesundheitszustand ohne grosse Schwankungen ausgingen (S. 10 Ziff. 7) und den Standpunkt vertraten, dass die anlässlich der Begutachtung 2004 hervorgehobenen Beeinträchtigungen 2006 im gleichen Ausmass persistieren würden (S. 9 Ziff. 1). Es bestanden im Zeitpunkt der Mitteilung vom 12. Januar 2007 auch keine Anhaltspunkte für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Zwar vertraten die Gutachter die Meinung, dem Beschwerdeführer wäre eine leidensangepasste Tätigkeit an sechs Stunden täglich bei dabei bestehender mittelgradiger Verringerung der Leistungsfähigkeit zumutbar (AB 39 S. 10 f. Ziff. 10 ff.). Allerdings ist dies dahingehend zu verstehen, dass zuerst die von den Gutachtern vorgeschlagene Intervention durchgeführt werde und nach zwei Jahren erneut eine Beurteilung erfolge (S. 10 Ziff. 8 und 9).

Auch die Mitteilung vom 20. Mai 2010 (AB 57), welche die laufende Rente bei unverändertem Invaliditätsgrad von 90% bestätigte, ist vorliegend unbeachtlich. Die Mitteilung erfolgte lediglich gestützt auf den einverlangten Auszug des Individuellen Kontos des Beschwerdeführers (AB 52), einen von diesem beantworteten Fragebogen (AB 53) sowie zwei Zwischenberichte des behandelnden Hausarztes (AB 54) und Psychiaters (AB 56). Dabei handelt es sich nicht um eine hinreichend ausführliche Prüfung der anspruchrelevanten Tatsachen im Sinne der Rechtsprechung zur zeitlichen Vergleichsbasis (vgl. E. 2.3.2 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 14. August 2004 (AB 24/2) basierte im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Unterlagen:

3.2.1 Med. pract. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 5. Juli 2003 (AB 9) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit anfangs 2002 bestehende schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) mit starker Somatisierungstendenz, chronifiziert, bis anhin therapieresistent. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine arterielle Hypertonie (S. 1 Ziff. lit. A). Ab etwa Anfang 2002 sei es im Zusammenhang mit der Stellenkündigung zunehmend zu einer schweren Depression mit zahlreichen somatischen Klagen gekommen. Die Depression werde durch die anhaltende Stellenlosigkeit aufrechterhalten (S. 2 lit. D. Ziff. 3). Der Versicherte klage über eine depressive Stimmung mit Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und Wertlosigkeit. Weiter gebe er passive Todeswünsche, eine Einschlaf- und eine Durchschlafstörung sowie eine Schlafstörung am Morgen an. Die Konzentration bezeichne der Versicherte als stark gestört und er spiele mit den Fingern etc. Neben Angst und Mundtrockenheit klage er über Durchfall, Krämpfe, Herzklopfen, Kopfschmerzen, eine Hyperventilation, Seufzen, eine Pollakisurie, Schwitzen, Muskelschmerzen, eine stark verminderte Libido, eine Hypochondrie, starke Tagesschwankungen, eine mässige Depersonalisation, eine Derealisation sowie Misstrauen (Ziff. 4). Med. pract. D. _____ erhob als Befund deutliche und schwere Merkmale einer Depression sowie eine Somatisierungstendenz (Ziff. 6). Insbesondere würden die schwere Konzentrationsstörung, der Schwindel, die Thoraxschmerzen und die fehlende Lebensfreude ins Gewicht fallen. Neu dazugekommen seien Doppel-

bilder (S. 3 lit. A Ziff. 1). Angesichts der Chronifizierung, der Therapieresistenz, der Kriegstraumaerinnerungen sowie der weiterhin vorhandenen Arbeitslosigkeit bestehe eine schlechte Prognose (S. 2 Ziff. 7). In der bisherigen Tätigkeit liege eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit vor (S. 3 Ziff. 2) mit einer dabei bestehenden Verminderung der Leistungsfähigkeit von 30% (Ziff. 3).

3.2.2 Im Bericht des Spitals E. _____ vom 30. August 2002 (AB 16/4) wurden rezidive Synkopen bei Asystolie / SA-Block unklarer Ätiologie und eine hypertensive Herzkrankheit bei normalen Koronarien diagnostiziert (S. 4). Das Rezidiv-Risiko sei relativ hoch, so dass die Implantation eines definitiven Herzschrittmachers empfohlen wurde, was der Versicherte jedoch trotz ausführlichem Gespräch ablehne (S. 5).

3.2.3 In den Berichten des Spitals F. _____ vom 31. Juli 2003 (AB 16/3) und von Dr. med. G. _____, Facharzt für Ophthalmologie, vom 15. August 2003 (AB 26/2) wurde ein Status nach Retinopathia centralis serosa diagnostiziert. Als Ursache der Visusverminderung wurde eine retinale Narbe bei Verdacht auf Status nach Retinopathia centralis serosa genannt.

3.2.4 Im psychiatrischen Gutachten der MEDAS vom 11. Juni 2004 (AB 21) wurde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome mit chronischem Verlauf diagnostiziert (S. 6 Ziff. 6). Beim Versicherten bestünden eine erhebliche Beeinträchtigung seiner Denk- und Konzentrationsfähigkeit, der Ideenproduktion sowie eine erhebliche Antriebsminderung. Weiterhin schildere er ausgeprägte Angstgefühle, zum einen Versagensängste und Unsicherheitsgefühle bezüglich einer neuen Arbeitstätigkeit, zum anderen auch Angstzustände bedingt durch die Gefahr eines erneuten Herzstillstandes. Als zusätzliche Beeinträchtigung habe er offenbar Visusprobleme, die ihn beim Lesen, Schreiben, beim Fernsehen und bei der Arbeit am Computer im hohen Masse behindern würden. Er schildere eine grosse Hoffnungs- und Ratlosigkeit hinsichtlich seiner weiteren Lebensführung (S. 5 Ziff. 1). Aufgrund der schweren depressiven Symptomatik mit den dafür typischen schweren Einschränkungen der Denk- und Konzentrationsfähigkeit sowie durch die ausgeprägte ängstliche Grundhaltung sowohl hinsichtlich eines neuen beruflichen Versagens als auch hinsichtlich der Herzerkrankung sei die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit zurzeit nicht zumutbar (Ziff. 2-5). Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit

von 20% oder mehr liege seit dem 25. April 2002 vor. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit habe sich, soweit dies aus den vorliegenden Unterlagen und den Angaben des Versicherten abgeleitet werden könne, seither auf 100% gesteigert (S. 6 Ziff. 6-7). Unter Berücksichtigung der in der Begutachtung festgestellten und medizinisch begründeten Beeinträchtigung würden auch keine Funktionen und Belastbarkeiten für eine berufliche Tätigkeit unter angepassten Bedingungen bestehen. Aus psychiatrischer Sicht müsse abgewartet werden, wie sich die vorgeschlagenen Therapiemassnahmen (kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie, Antidepressivum) in Bezug auf die Leistungsfähigkeit auswirken würden (Ziff. 10-14).

3.3 Seit der Verfügung vom 14. August 2004 (AB 24/2) ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie, und dem Psychologen lic. phil. I. _____ vom 30. November 2006 (AB 39) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2) sowie eine akzentuierte Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen diagnostiziert (ICD-10 F60.0; S. 7 Ziff. 3.1). Die Untersuchungsbefunde würden auf einen chronischen Verlauf der depressiven Störung hinweisen. Die Beeinträchtigungen, welche bereits im Gutachten der MEDAS vom Juni 2004 hervorgehoben worden seien, würden im gleichen Ausmass bis zum heutigen Zeitpunkt persistieren. Dazu würden eine Beeinträchtigung der Denk- und Konzentrationsfähigkeit, der Ideenproduktion so-wie eine erhebliche Antriebsminderung gehören. Weiter bestünden Unsicherheits- und Versagensängste in Bezug auf eine neue Erwerbstätigkeit. Zugenommen hätten seit 2004 die Visusstörungen links. Der Versicherte habe einen weitgehend vollständigen Visusverlust des linken Auges erlitten (S. 9 Ziff. 1). Die psychischen Beeinträchtigungen hätten sich auf das Ereignis der Kündigung entwickelt. Direkte Auswirkungen seien neben einer kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit stets Unbehagen am Arbeitsplatz mit Angst vor Kritik und erneuter Kränkung gewesen. Resultiert habe ein sozialer Rückzug. Die depressiven Beschwerden hätten sich zunehmend auf die

Leistungsfähigkeit ausgewirkt (S. 9 f. Ziff. 2). Die reduzierte Belastbarkeit bestehe in der verminderten Konflikt- und Stresstoleranz (S. 10 Ziff. 3). Die letzte Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar (Ziff. 4). Seit Oktober 2001 bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% oder mehr (Ziff. 6). Der Grad der Arbeitsfähigkeit habe sich zunehmend verschlechtert und verbleibe seit einigen Jahren stationär ohne grosse Schwankungen (Ziff. 7). Die im Gutachten der MEDAS vorgeschlagene psychotherapeutische Behandlung habe im durchgeführten Rahmen nicht den erwarteten Erfolg gebracht. Es wäre eine höher frequentierte und auf die narzisstische Verarbeitung fokussierte bewältigungsorientierte psychotherapeutische Intervention indiziert, mit dem Ziel, den Versicherten für einen Arbeitsversuch zu motivieren, bzw. ihm die Ängste davor zu nehmen und ihn bei der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten zu unterstützen (Ziff. 8). Eine erneute Beurteilung, insbesondere des Erfolgs der vorgeschlagenen Therapie, sei in zwei Jahren vorzunehmen (Ziff. 9).

3.3.2 Am 2. April 2007 (AB 43) nahm med. pract. D._____ Stellung zum Gutachten von Dr. med. H._____ und dem Psychologen lic. phil. I._____. Eine Psychotherapie innerhalb des laufenden Verfahrens sei kontraindiziert. Die Deutschsprachenkenntnisse des Versicherten seien schlecht. Dadurch seien die therapeutischen Möglichkeiten massiv eingeschränkt. Das Leiden sei chronifiziert. Er (med. pract. D._____) würde den Versicherten als Kriegsinvaliden bezeichnen. Was sich der Wiedereingliederung entgegenstelle, sei in erster Linie nicht die narzisstische Störung, sondern die chronische schwere posttraumatische Belastungsstörung (S. 1). Was eine Psychotherapie am meisten behindere, sei jedoch die Übererregung des Versicherten und die Tatsache, dass Gespräche beim Arzt, bei den Gutachtern der Invalidenversicherung, bei der Behörde etc. einen Trigger darstellten, welcher zu Flashbacks und schwerem posttraumatischen Stress führe. Jedes Gespräch wecke die Erinnerung an das Verhör während des Krieges in seiner Heimat und unter solchen Umständen sei natürlich nicht an Psychotherapie zu denken. Ein solches Gespräch schade mehr, als es nütze (S. 2).

3.3.3 Im Gutachten der MEDAS vom 26. Januar 2016 (AB 84.1) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine zentrale Netzhautnarbe nach Chorioretinopathia centralis serosa des linken Auges diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1), Alpträume (ICD-10 F51.5), Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73.0), eine arterielle Hypertonie (zum Teil schwankend bei Status nach rezidivierenden Synkopen bei Asystolie im August 2002, seitdem ohne klinische Symptome), eine Dyslipidämie, chronische Spannungskopfschmerzen, eine Sehstörung links (retinal bedingt), ein Status nach kardialer Synkope ohne Hinweise für ein Grand mal sowie eine Presbyopie vor. Die Anpassungsstörung sowie die depressive Episode seien abgeklungen und nicht mehr relevant (S. 24). Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich, dass beim Versicherten spätestens seit dem Untersuchungszeitpunkt die früher beschriebene versicherungsmedizinisch relevante psychische Symptomatik nicht mehr bestehe. Belastungsabhängig könne es zu hypertensiven Zuständen kommen. Deshalb sei eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne grössere Stressbelastung und ohne gestörten Tag-/Nachtrhythmus möglich. Übermassige Stressfaktoren und Arbeiten unter Zeitdruck sowie Nachtarbeit sollten vermieden werden. Einschränkungen würden sich für Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an die Sehkraft sowie das Stereosehen ergeben. Der Versicherte sei funktioneller Einäuger, wobei das rechte Auge ganz gesund sei. Sämtliche Tätigkeiten, die kein binokulares und exaktes räumliches Sehen verlangen würden, seien möglich. Bildschirmarbeit sollte wegen rascher Ermüdung der Augen und Kopfschmerzen möglichst vermieden werden. Das Tragen einer gut angepassten Brille würde vermutlich etwas Erleichterung verschaffen. Gefährliche Treppen, Leitern und Gerüste sollten nicht bestiegen werden müssen. In der angestammten Tätigkeit als ... bestehe keine Arbeitsfähigkeit (S. 25). In einer Verweistätigkeit sei der Versicherte zu 80% (sechs Stunden am Tag ohne Leistungseinbusse oder acht Stunden mit einer Leistungseinbusse [Erholungspausen] von 20%) arbeits- und leistungsfähig (S. 27 Ziff. 3.3-3.4).

3.3.4 RAD-Arzt med. pract. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Stellungnahme vom 13. April 2016 (AB 86) aus, eine Beurteilung der medizinischen Situation von 2004 bis heute sei

mit den Ausführungen im Gutachten der MEDAS vom 26. Januar 2016 nicht erstellt. Der psychiatrische Gutachter lasse offen, ob die Situation, deren Nicht-mehr-Bestehen er beschreibe, aus seiner Sicht überhaupt jemals nachvollziehbar bestanden habe, bzw. ob sie zwar bestanden habe, sich aber im Verlauf gebessert habe. Die Vorgutachten würden in Zweifel gezogen, aber offen gelassen, aus welchen genauen medizinischen Gründen die Ergebnisse früherer gutachterlicher Äusserungen damit substantiell in Frage gestellt würden und wieso der psychiatrische Gutachter eine davon abweichende Auffassung vertrete. Dieser müsste darlegen, inwiefern sich die jetzigen Ergebnisse von den früheren unterscheiden würden und es müssten diese Unterschiede begründet und ihre Auswirkungen nachvollziehbar erörtert werden. Bis dato würden die früheren gutachterlichen Aussagen nicht genau gewürdigt und es würden keine eigenen anamnestischen Bemühungen ersichtlich anhand der Aussagen des Versicherten oder mittels Rückfragen bei den behandelnden Ärzten (S. 2).

3.3.5 In der Stellungnahme vom 20. Juli 2016 (AB 91) führte das MEDAS aus, die Gutachter seien sehr wohl in der Lage gewesen, den aktuellen Zustand des Versicherten zu beurteilen. Die Arbeitsfähigkeit seit 2004 habe jedoch nicht mit dem hinreichenden Grad der Wahrscheinlichkeit chronologisch bestimmt werden können. Die Frage, zu exakt welchem Zeitpunkt Veränderungen eingetreten seien und wie sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem massgeblichen Vergleichszeitraum verändert habe, könne aufgrund der Qualität der Aktenlage nicht in der erwarteten Präzision beantwortet werden (S. 4). Anlässlich der von ihnen durchgeführten psychiatrischen Untersuchung hätten vom Versicherten keine relevanten Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung berichtet werden können, auch wenn die Ereignisse in ... als sehr belastend und auch gefährlich beschrieben worden seien. Auch seien vom Versicherten Symptome einer akuten Belastungsreaktion nach den Misshandlungen des Militärs auf Befragen nicht beschrieben worden, auch wenn diese objektiv gesehen für kurze Zeit aber durchaus hätten bestehen können, zumal auch seine Frau damals vergewaltigt worden sei. Es würden in der späteren Zeit jedoch eindeutige und regelmässig auftretende Symptome des Wiedererlebens mit sich aufdrängenden, belastenden Erinnerungen an das Trauma, Flashbacks und Alpträumen fehlen (S. 5). Es habe keine emotionale

Stumpfheit, Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit der Umgebung und anderen Menschen gegenüber oder eine aktive Vermeidung von Aktivitäten und Situationen bestanden, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Eine relevante vegetative Übererregtheit sei ebenso wenig eruierbar gewesen. Es habe keine stärkere Reizbarkeit, keine erhöhte Wachsamkeit und keine übermässige Schreckhaftigkeit bestanden. Die Schlafstörungen und die Konzentrationsschwierigkeiten seien am ehesten auf die nach dem Arbeitsverlust eingetretene Inaktivität und Dekonditionierung zurückzuführen, die Schlafstörungen auf die fehlende physiologische Ermüdung am Abend bei Vermeidung von adäquaten körperlichen Aktivitäten. Die Symptome würden beim Versicherten durch Schonverhalten verstärkt. Es sei jedoch durchaus anzunehmen, dass die vorhandene Beschwerdesymptomatik vorübergehend auch durch die Trauer nach dem plötzlichen Ableben seiner Ehefrau verstärkt worden sei. Während der psychiatrischen Untersuchung anlässlich der aktuellen Begutachtung habe keine Ermüdbarkeit und Konzentrationsschwäche beobachtet werden können. Retrospektiv sei in Bezug auf die gegenwärtige Situation davon auszugehen, dass die eigentliche Problematik beim Versicherten erst auftrat, als er eine „narzisstische Kränkung“ anlässlich des Arbeitsplatzverlustes erlitten habe. Beim Versicherten bestehe eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung. Solche Menschen würden besonders empfindlich auf eine solche Kränkung reagieren. Sie würden nicht selten Enttäuschung, manchmal auch Wut empfinden, wenn sie sich nicht genügend gewürdigt fühlten. Die fehlende Zulassung und Verleugnung von eigenen Unzulänglichkeiten sei beim Versicherten zumindest wesentlich mitverantwortlich für die nicht adäquate Verarbeitung seiner Kündigung gewesen. Es sei davon auszugehen, dass damals eine depressive Episode aufgetreten sei, auch als Folge der Verunsicherung in Bezug auf die berufliche Zukunft des Versicherten, zumal er zu dem Zeitpunkt gerade im Begriff gewesen sei, seine berufliche und soziale Position in der Schweiz zu festigen. Es sei auch von einer Anpassungsstörung zu diesem Zeitpunkt auszugehen, ohne dass angenommen werden könne, dass diese dauerhaft funktionelle Beeinträchtigungen und ein schweres anhaltendes subjektives Leiden verursacht hätte. Die gegenwärtig beschriebenen Beschwerden seien unspezifisch, auch in Bezug auf das Traumaverhalten. Die anlässlich der Arbeitsplatzkündigung erstmalig aufgetretene psychische Symptomatik, wohl auch verbun-

den mit Schuld- und Schamgefühlen, habe in der Folge zu einem Schonverhalten beim Versicherten und zu einem regressiven Verhalten, das durch die protektive Wirkung seiner Familienangehörigen weiter bestärkt wurde, geführt. Dies habe bewirkt, dass er weiter in der Opferrolle verharrt habe und sich nicht habe bemühen müssen, sein Schicksal durch Aktivität und beruflichen Neuanfang zu revidieren. Die Arbeitsfähigkeit sei bis zum Verlust des Arbeitsplatzes nicht eingeschränkt gewesen. Es könne nicht bewiesen werden, dass er schon vorher an Depressionen oder anderen psychischen Symptomen gelitten habe. Der Versicherte scheine alle seine Probleme, auch solche, die mit seiner Anstrengungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit im Zusammenhang stünden, zu verleugnen und auf die Kriegereignisse zu projizieren, um sie so besser zu bewältigen (S. 6 f.).

3.3.6 Med. pract. D. _____ erklärte im Bericht vom 17. November 2016 (AB 98/7), er vertrete nach wie vor die Meinung, dass der Versicherte an einer chronischen, therapieresistenten Depression leide. Das Resultat seines am 14. November 2016 durchgeführten Hamilton-Tests habe einer schweren depressiven Episode entsprochen. Der Versicherte werde deswegen auch antidepressiv behandelt. Gleichzeitig gehe er (med. pract. D. _____) davon aus, dass eine posttraumatische Belastungsstörung bestehen bleiben werde. Die Ereignisse im Krieg könnten als Trauma bewertet werden. Es bestünden Flashbacks und Alpträume sowie unspezifische Trigger. Der Versicherte lebe in Dauerangst und habe ein grosses Misstrauen gegenüber Menschen. Das Leiden sei erheblich (S. 7 f. Ziff. 1).

3.4 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). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.5

3.5.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der Verfügung vom 26. Januar 2017 (AB 99) im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS sowie dessen ergänzende Stellungnahme vom 20. Juli 2016 (AB 99) gestützt. Diese erfüllen gesamthaft die an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt. Die Gutachter haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchungen und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis von allen Vorakten und haben sämtliche ihnen zur Verfügung stehenden Informatio-

nen in ihren Beurteilungen gewürdigt. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Insgesamt erweist sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt und von weiteren Beweismassnahmen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf sie verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Dem Gutachten des MEDAS und der ergänzenden Stellungnahme kommt in der Folge uneingeschränkte Beweiskraft zu.

3.5.2 Daran ändert die RAD-Stellungnahme vom 13. April 2016 (AB 86) nichts. Es war nicht Aufgabe der Gutachter der MEDAS zu beurteilen, ob die 2004 gestellten Diagnosen und beschriebenen Einschränkungen überhaupt je bestanden. Vielmehr hatten sie den aktuellen Gesundheitszustand zu beurteilen und darzulegen, ob sich seit 2004 eine wesentliche Änderung eingestellt hat, was die Gutachter der MEDAS auch taten. Deren Gutachten samt ergänzender Stellungnahme bildet eine genügende Grundlage zur Beurteilung der aktuellen gesundheitlichen Situation und deren Veränderung, d.h. eine Veränderung im Vergleich zu 2004 ist damit in rechtsgenügender Form ausgewiesen (vgl. E. 3.5.3 hiernach).

Auch die im Vorbescheidverfahren eingereichte Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. D. _____ vom 17. November 2016 (AB 98/7) führt nicht dazu, von den Ausführungen der Gutachter der MEDAS abzuweichen, zumal Dr. med. D. _____ lediglich eine andere Beurteilung als der Gutachter der MEDAS vornimmt und seinen Ausführungen auch keine aktuellen psychiatrischen Befunde entnommen werden können.

Was der Beschwerdeführer gegen die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters der MEDAS, Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vorbringt (vgl. Beschwerde S. 13 ff. Ziff. 3.7 ff.), vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Dr. med. K. _____ hat den Beschwerdeführer fachmännisch psychiatrisch untersucht und seine Befunde und Schlussfolgerungen nachvollziehbar und begründet festgehalten, insbesondere dass die depressive Episode abgeklungen ist. Nur weil der Beschwerdeführer in der internistischen Untersuchung im MEDAS einen niedergeschlagenen Eindruck erweckte (AB 84.1

S. 32) und in der neurologischen Untersuchung reserviert war sowie die Stimmung affektiv gedrückt wirkte (S. 38), hat nach Einschätzung des Gutachters, auf welche abzustellen ist, nicht zur Folge, dass die Voraussetzungen erfüllt wären, um ein depressives Krankheitsbild zu diagnostizieren.

3.5.3 Aufgrund der Ausführungen im Gutachten vom 26. Januar 2016 (AB 84.1) ist erstellt, dass seit der erstmaligen Rentenzusprechung 2004 eine wesentliche Veränderung des massgeblichen Gesundheitszustandes eingetreten ist. Einerseits hat sich die Sehkraft des linken Auges markant verschlechtert. Im Gutachten der MEDAS vom 26. Januar 2016 wird dargelegt, dass der Beschwerdeführer nun als Einäuger zu betrachten sei (S. 23 lit. D.), was 2004 bei der Rentenzusprache noch nicht der Fall war. Von dieser Verschlechterung geht auch der Beschwerdeführer aus, zumal er in der Beschwerde (S. 3 Ziff. 1.5) vorbringt, der Zustand seines linken Auges habe sich über die Jahre zunehmend verschlechtert, was in einem kompletten Sehverlust des linken Auges geendet habe. Auch ist in Bezug auf den weiteren Gesundheitszustand seit 2004 von einer wesentlichen Veränderung auszugehen. Im Gutachten der MEDAs vom 11. Juni 2004 (AB 21) legten die Gutachter dar, dass dem Beschwerdeführer die bisher ausgeübte Tätigkeit zurzeit aufgrund der schweren depressiven Symptomatik mit den dafür typischen schweren Einschränkungen der Denk- und Konzentrationsfähigkeit sowie durch die ausgeprägte ängstliche Grundhaltung sowohl hinsichtlich eines neuen beruflichen Versagens als auch hinsichtlich der Herzerkrankung nicht zumutbar sei (S. 5 Ziff. 2, 4-5). Unter Berücksichtigung der in der Untersuchung festgestellten und medizinisch begründeten Beeinträchtigungen kamen die Gutachter zum Schluss, dass auch keine Funktionen und Belastbarkeiten für eine angepasste berufliche Tätigkeit vorlägen (S. 6 Ziff. 3, 10-14). Im Gutachten vom 26. Januar 2016 (AB 84.1) legten nun die Gutachter der MEDAS überzeugend und nachvollziehbar dar, dass die früher beschriebene versicherungsmedizinisch relevante psychische Symptomatik 2016 nicht mehr bestanden hat (S. 24 lit. E.). Weiter zeigten sie in der ergänzenden Stellungnahme vom 20. Juli 2016 (AB 91) klar auf, dass aktuell keine Ermüdbarkeit und Konzentrationsschwäche beobachtet wurde (S. 6). Vom Beschwerdeführer konnten denn auch keine relevanten Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung berichtet werden (S. 5). Zudem waren 2016 auch die depressive Episode sowie die

Anpassungsstörung abgeklungen und somit nicht mehr relevant (AB 84.1 S. 25 lit. E). Somit wurde die Veränderung des Gesundheitszustandes entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 2.5) nicht aufgrund der Diagnostik, sondern aufgrund der erhobenen Befunde und deren funktionellen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nachgewiesen.

3.6 Damit ist eine wesentliche Veränderung im Vergleich zu 2004 erstellt und die Gutachter der MEDAS haben entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht eine andere Beurteilung eines an sich unverändert gebliebenen Zustandes vorgenommen. Die Gründe, warum die Gutachter nicht exakt die chronologische Veränderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu begründen vermochten, legten sie in ihrer Stellungnahme unmissverständlich dar (vgl. AB 91 S. 4). Massgeblich ist denn auch, dass eine Veränderung festgestellt wurde und nicht, wann exakt eine solche eingetroffen ist, zumal eine vor der Begutachtung 2016 eingetretene Verbesserung ohnehin nicht zur Folge hat, dass eine allfällige Reduktion/Aufhebung der Invalidenrente rückwirkend erfolgen würde (vgl. hierzu auch E. 2.3.4 und 2.3.5 hiervor). Somit hat die Beschwerdegegnerin in der hier angefochtenen Verfügung zu Recht eine freie Prüfung vorgenommen.

Was die Arbeits- und Leistungsfähigkeit betrifft, ist der Beschwerdeführer entsprechend dem gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil (AB 84.1 S. 26 f.) in der angestammten Tätigkeit als ... nicht mehr arbeitsfähig. Eine angepasste Tätigkeit ist ihm zu 80%, d.h. an sechs Stunden am Tag ohne Leistungseinbusse oder an acht Stunden täglich mit einer Leistungseinbusse von 20% für Erholungspausen zumutbar.

4.

In der Folge ist der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

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).

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).

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen 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). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.4 Aufgrund des unter E. 3.5 f. hiavor Dargelegten ist erstellt, dass spätestens per 26. Januar 2016 bzw. im Zeitpunkt der MEDAS-Untersuchungen ein Revisionsgrund ausgewiesen ist. Der Einkommensvergleich ist somit für das Jahr 2016 vorzunehmen (BGE 128 V 174, 129 V 222).

4.5 2001, d.h. im Jahr vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, erzielte der Beschwerdeführer ein Jahreseinkommen inkl. 13. Monatslohn und Gratifikation von Fr. 65'585.05. Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2016 (vgl. Tabellen T1.1.93_I, Nominallohnindex Männer, 1993-2010 des BfS, lit. I [Verkehr und Nachrichtenübermittlung; Wert für 2001: 106.6, Wert für 2010: 119.9] und T1.10, Nominallohnindex, 2011-2016, des BfS, lit J Ziff. 49-53, [Verkehr und Lagerei; Wert für 2010: 100, Wert für 2016: 102.3]) ergibt sich ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 75'538.15 (Fr. 65'585.05 x 119.9 / 106.6 x 102.4 / 100).

4.6 Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die Zahlen der LSE 2014 festzulegen (vgl. E. 4.3 hiavor). Der Beschwerdeführer hätte 2014 in einer leidensangepassten Tätigkeit gemäss der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2014 im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) unter Berücksichtigung einer Arbeitsfähigkeit von 80% und einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Totalwert der Tabelle „Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche) ein monatliches Einkommen von Fr. 4'430.20 (Fr. 5'312.-- x 80% / 40 Stunden x 41.7 Stunden) erzielen können. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die Nominallohnentwicklung (vgl. Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2016, Totalwert, Wert für 2014: 103.2, Wert für 2016: 104.1) ergibt dies ein Jahreseinkommen von Fr. 53'626.05 (Fr. 4'430.20 x 12 Monate / 103.2 x 104.1). Hiervon ist wegen den Kriterien Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad kein Abzug vom Tabellenlohn zu machen, da sich hierfür aus den Akten keine Anhaltspunkte ergeben und solche vom Beschwerdeführer denn auch zu Recht nicht geltend gemacht werden. Die Beschwerdegegnerin gewährte einen behinderungsbedingten Abzug von 10%. Eine entsprechende Reduktion des Invalideneinkommens ist indes nicht angezeigt, da die Beschwerdegegnerin mit der Berücksichtigung

einer 20%-igen Leistungsminderung die beim Beschwerdeführer vorliegenden Einschränkungen bereits hinreichend berücksichtigt hat. Selbst wenn ein behinderungsbedingter Abzug von 10% gewährt würde, was mindestens zu einem Invalideneinkommen von Fr. 48'263.45 (Fr. 53'626.05 x 90%) führte, läge bei einer maximalen invaliditätsbedingten Einbusse von Fr. 27'274.70 (Fr. 75'538.15 - Fr. 48'263.45) ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von höchstens 36% (Fr. 27'274.70 / Fr. 75'538.15 x 100) vor. Die Rente des Beschwerdeführers ist somit aufzuheben.

4.7 Der Zeitpunkt der Rentenaufhebung per Ende Februar 2017 (AB 99) ist unter Berücksichtigung des Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV nicht zu beanstanden. Zu prüfen bleibt jedoch, ob der Beschwerdeführer vor der Renteneinstellung über das ihm selber Zumutbare hinaus beruflicher Eingliederung bedarf.

5.

5.1 Im Regelfall ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Diese Rechtsprechung ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Ein Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art setzt voraus, dass die objektive und subjektive Eingliederungsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist (Entscheid des BGer vom 1. Februar 2012, 9C_726/2011 E. 5.1).

5.2 Soweit der Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen beantragt, ist darauf hinzuweisen, dass er selbst davon ausgeht, dass die Voraussetzungen hierfür nicht gegeben sind (vgl. Beschwerde S. 16 Ziff. 4.1).

So bezog er im Zeitpunkt der Rentenaufhebung per Anfang März 2017 14 Jahre eine Rente und war 54.5-jährig. Damit sind vorliegend die Voraussetzungen für die vorgängige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen nicht erfüllt. Anhaltspunkte, dass dem Beschwerdeführer eine Verwertung des massgeblichen Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengungen nicht möglich wäre, sind den Akten nicht zu entnehmen und werden denn auch nicht vorgebracht.

6.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 26. Januar 2017 (AB 99) im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

7.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - 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 öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.