

200 17 946 IV
SCP/SCM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. Dezember 2018

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. September 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 4. November 2013 unter Hinweis auf starke Einschränkungen im Bereich des Rückens, des rechten Beins, konstante Schmerzen sowie einen Diabetes mit hohem Wert und Insulin-Gebrauch bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 1). Im Rahmen der erwerblichen und medizinischen Abklärungen liess die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) insbesondere Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 16, 52) einholen sowie eine berufliche Abklärung (AB 20, 32) und ein (vorzeitig abgebrochenes) Arbeitstraining (AB 60, 74) durchführen, gestützt worauf sie sowohl den Rentenanspruch (AB 73, 84) wie auch denjenigen auf berufliche Massnahmen (AB 72, 80, 85) verneinte.

Auf die gegen die rentenabweisende Verfügung vom 23. Dezember 2015 (AB 84) beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern erhobene Beschwerde (AB 86) hin hob die IVB die angefochtene Verfügung wiedererwägungsweise auf und stellte die Vornahme weiterer Abklärungen in Aussicht (AB 87 f.; vgl. auch Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. März 2016, IV/2016/182 [AB 91]). Gestützt auf das in der Folge eingeholte polydisziplinäre Gutachten der C._____ (MEDAS) vom 18. August 2016 (AB 109.1) verfügte die IVB am 22. November 2016 (AB 117) – entsprechend dem zuvor ergangenen Vorbescheid (AB 113) – bei einer per 14. Februar 2015 angenommenen gesundheitlichen Verschlechterung und einem ermittelten Invaliditätsgrad von 100 % ab dem 1. Mai 2015 die Ausrichtung einer ganzen Rente.

Hiergegen erhob der Versicherte am 9. Januar 2017 abermals Beschwerde beim kantonalen Verwaltungsgericht und verlangte einen früheren Rentenbeginn (AB 118). Auf die hierauf vom damals zuständigen Instruktionsrichter angedrohte Möglichkeit einer Schlechterstellung hin (AB 121) zog der Versicherte die Beschwerde zurück (AB 130; vgl. auch Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 7. Juni 2017, IV/2017/28 [AB 129]).

B.

Mit Verfügung vom 26. September 2017 (AB 136) kam die IVB nach erneuter Prüfung der Aktenlage sowie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 131, 134) zum Schluss, dass kein Rentenanspruch bestehe, weshalb sie die rentenzusprechende Verfügung vom 22. November 2016 (AB 117) wiedererwägungsweise aufhob und die Rentenleistungen per Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats einstellte. Darüber hinaus entzog sie einer dagegen erhobenen Beschwerde die aufschiebende Wirkung.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. B._____, am 27. Oktober 2017 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

- In Gutheissung der Beschwerde sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und festzuhalten, dass die Verfügung der Invalidenversicherungsstelle Bern vom 22. November 2016 ihre vollumfängliche Geltung beibehält.
- Die Verfahrenskosten seien dem Staat aufzuerlegen.
- Dem Beschwerdeführer sei eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen.
- Es sei der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu erteilen.

Mit Eingabe vom gleichen Tag liess er überdies ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwalt Prof. Dr. B._____ als amtlichen Anwalt stellen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 31. Oktober 2017 wies der Instruktionsrichter sowohl das Gesuch um Erteilung der aufschiebenden Wirkung als auch – infolge Aussichtslosigkeit – dasjenige um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwalt Prof. Dr. B._____ als amtlichen Anwalt ab.

Die gegen die Abweisung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 20. März 2018 ab (BGer 9C_867/2017).

Am 27. April 2018 wurde der einverlangte Kostenvorschuss geleistet (vgl. prozessleitende Verfügungen vom 27. März sowie 16. und 30. April 2018).

In der Beschwerdeantwort vom 25. Mai 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Replikweise bestätigte der Beschwerdeführer am 29. Juni 2018 die gestellten Rechtsbegehren bzw. passte Ziffer 1 der Beschwerde wie folgt an:

- In Gutheissung der Beschwerde sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und festzuhalten, dass die Verfügung der Invalidenversicherungsstelle Bern vom 22. November 2016 ihre vollumfängliche Geltung beibehält.
- Eventualiter sei die Sache zur Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens an die Vorinstanz zurückzuweisen.

In der Duplik vom 26. Juli 2018 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Rechtsbegehren fest.

Mit Eingabe vom 29. August 2018 machte der Beschwerdeführer von der Möglichkeit zur Einreichung von Schlussbemerkungen Gebrauch und änderte den in Ziffer 1 der Beschwerde gestellten Antrag folgendermassen:

- In Gutheissung der Beschwerde sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und festzuhalten, dass die Verfügung der Invalidenversicherungsstelle Bern vom 22. November 2016 ihre vollumfängliche Geltung beibehält.
- Subsidiär: In Gutheissung der Beschwerde sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Angelegenheit zur Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Am 31. Oktober 2018 reichte der Beschwerdeführer aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 30. August 2018) weitere medizinische Unterlagen zu den Akten.

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 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 Verwaltungspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 26. September 2017 (AB 136). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers bzw. ob die Beschwerdegegnerin die ab 1. Mai 2015 zugesprochene ganze IV-Rente zulässigerweise im Rahmen einer Wiedererwägung der rentenzusprechenden Verfügung vom 22. November 2016 (AB 117) per 31. Oktober 2017 aufgehoben hat.

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

2.2.1 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). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies

für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.2.2 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 strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7, 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).

2.3 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.

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). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschrei-

ben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195).

2.5 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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).

2.6 Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Die Wiedererwägung dient der nachträglichen Korrektur einer ursprünglich unrichtigen Rechtsanwendung oder Sachverhaltsfeststellung durch die Verwaltung (BGE 117 V 8 E. 2c S. 17, SVR 2014 IV Nr. 10 S. 40 E. 4.1).

2.6.1 Nach der Rechtsprechung kann die Wiedererwägung rechtskräftiger Verfügungen bzw. Einspracheentscheide nur in Betracht kommen, wenn es sich um die Korrektur grober Fehler der Verwaltung handelt (ZAK 1988 S. 555 E. 2b). Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss – derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung – denkbar. In diesem Sinne qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung, wenn die notwendigen (fachärztlichen) Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden, oder wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln bzw. ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde. Zurückhaltung bei der Annahme zweifelloser Unrichtigkeit ist stets dann geboten, wenn der Wiedererwägungsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung betrifft, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzungen oder Beweiswürdigungen und damit auf Elementen beruht, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen. Eine vor dem Hintergrund der seinerzeitigen Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis vertretbare Beurteilung der (invaliditätsmässigen) Anspruchsvoraussetzungen kann nicht zweifellos unrichtig sein (BGE 141 V 405 E. 5.2 S. 414; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.2).

2.6.2 Bei der Beurteilung, ob eine Wiedererwägung wegen zweifelloser Unrichtigkeit zulässig ist, muss von der Sach- und Rechtslage ausgegangen werden, wie sie im Zeitpunkt des Verfügungserlasses bestanden hat, wozu auch die seinerzeitige Rechtspraxis gehört; eine Praxisänderung vermag kaum je die frühere Praxis als zweifellos unrichtig erscheinen zu lassen (BGE 140 V 77 E. 3.1 S. 79, 125 V 383 E. 3 S. 390). Insbesondere

stellt die neue Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen bzw. äquivalenten Beschwerdebildern keinen Wiedererwägungsgrund dar (BGE 141 V 585 E. 5.4 S. 589). Lagen im Zeitpunkt der Verfügung oder des Einspracheentscheides divergierende medizinische Meinungsäusserungen vor, kann nicht Jahre später wiedererwägungsweise gesagt werden, es sei zweifellos unrichtig gewesen, auf die eine und nicht auf die andere abzustellen (Entscheid des BGer vom 16. September 2008, 8C_517/2007, E. 4.3). Hingegen ist eine Invaliditätsbemessung, die auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruht, nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung ist zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinn (Entscheid des BGer vom 22. Juli 2010, 8C_920/2009, E. 2.4).

3.

3.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2017 (AB 136) hat die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 22. November 2016 (AB 117), mit welcher bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab dem 1. Mai 2015 eine ganze Rente zugesprochen worden ist, wiedererwägungsweise aufgehoben. In einem ersten Schritt ist daher zu prüfen, ob die Rentenverfügung vom 22. November 2016 (AB 117) an einem ursprünglichen Mangel litt und zweifellos unrichtig war sowie ob deren Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Sind die Wiedererwägungsvoraussetzungen erfüllt und durfte die Verwaltung auf ihre rechtskräftige Rentenzusprache zurückkommen, ist in einem weiteren Schritt die Anspruchsberechtigung sowie allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro zu prüfen. Denn wie bei der materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad zu ermitteln (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Juni 2014, 8C_863/2013, E. 2).

3.2 Der Rentenzusprache vom 22. November 2016 (AB 117) lag hauptsächlich das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 18. August 2016 (AB 109.1) zugrunde. Darin diagnostizierten die Experten aus allge-

mein-medizinischer bzw. internistischer, orthopädischer sowie psychiatrischer Sicht Folgendes (AB 109.1/42 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Verminderte Belastbarkeit des rechten Beines bei
 - Hypoplasie, St.n. dreimaligen Korrekturingriffen und ausgeprägter muskulärer Schwäche, residualer Beinverkürzung bzw. Beckentiefstand rechts
 - Hüftdysplasie und Gonarthrose (Rx 15.6.2016)
- Chronisches lumbovertebrogenes Syndrom mit iliosacraler Schmerzhaftigkeit rechts bei
 - ausgeprägter hyperlordotischer Fehlstatik (Lordosewinkel ca. 90 Grad) und Beckenschiefstand
 - Facettenarthrose lumbosacral (Rx 06/2016)
 - lumbosacraler epiduraler Lipomatose ohne Discuspathologien (MRI 08/2014)
- Chronisches Schulterschmerzsyndrom rechts bei Supraspinatusinsertionstendinose und Impingementsymptomatik
- Hochgradige Dekonditionierung, muskuläre Insuffizienz und massive Gewichtszunahme in den letzten Jahren
- Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 mit
 - diabetischer Polyneuropathie der unteren Extremitäten und proliferativer diabetischer Retinopathie mit Makulaödem beidseits
 - derzeit intravitreale Injektionen
 - aktuell normale Nierenfunktion
- Persistierende Dranginkontinenz, BPH, unter Behandlung
- Mittelgradige depressive Episode
 - mit erheblichen regressiven Anteilen

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Adipositas Klasse II nach WHO
- Leichtes gemischtes Schlafapnoe-/Hypopnoe-Syndrom
 - zurzeit nächtliche APAP-Behandlung
- Arterielle Hypertonie
 - medikamentös behandelt
- Hyperlipidämie
 - medikamentös behandelt
- Anhaltende thoracale Beschwerden mit Belastungsdyspnoe, Leistungstoleranz seit Herbst 2013
 - kardiologisch und pneumologisch abgeklärt
- Subklinische Hypothyreose seit 06/2011
 - unter Euthyrox-Behandlung, derzeit normale Schilddrüsenwerte
- Tinnitus nach Aktenlage
- Nikotinabusus bis 1999

Der Beschwerdeführer sei polymorbid eingeschränkt: Zunächst zu nennen sei die eingeschränkte Gehfähigkeit, der Beschwerdeführer sei im Grunde

genommen wie ein Rollstuhlpflichtiger anzusehen. Zusätzlich bestünden Beeinträchtigungen auch von Seiten der Urininkontinenz. Die Polyneuropathie der unteren Extremitäten bedinge bezüglich funktioneller Einschränkungen keine über das Ausmass der eingeschränkten Gehfähigkeit hinausgehenden zusätzlichen Einschränkungen. Die Polyneuropathie werde vom Beschwerdeführer als kaum schmerzhaft bezeichnet, möglicherweise werde jedoch die zu erwartende Schmerzhaftigkeit seitens des rechten Knie- und Hüftgelenkes vermindert empfunden. Die proliferative Retinopathie habe sich durch die aktuell laufende Behandlung eher gebessert denn verschlechtert. Aufgrund der verminderten Bewegung/Aktivität bestehe eine massive muskuläre Dekompensation mit Gewichtszunahme in den letzten Jahren und eine verminderte Gehfähigkeit. Schliesslich bestehe aufgrund des depressiven Geschehens eine verminderte Willensbildung, welche es dem Beschwerdeführer erschwere, ein zielgerichtetes Verhalten zu zeigen. Durchhaltefähigkeit und allgemeine Belastbarkeit seien dadurch zusätzlich beeinträchtigt. Insgesamt bestehe ein Circulus vitiosus bei einer schwer eingeschränkten Mobilität mit konsekutiver Gewichtszunahme, muskulärer Dekompensation und reaktiv depressivem Leiden, welches seinerseits wiederum zu einer zusätzlichen Mobilitätseinschränkung bei Motivationslosigkeit und dem depressiven Syndrom führe (AB 109.1/45). In der angestammten Tätigkeit mit ... (AB 109.1/41) sei der Beschwerdeführer aufgrund der Polymorbidität nicht mehr einsetzbar (AB 109.1/46). Auch in einer adaptierten Tätigkeit werde keine Möglichkeit gesehen, im ersten Arbeitsmarkt erwerbstätig zu werden. Es zeige sich ein verhängnisvolles Verweben zwischen den somatischen und den psychiatrischen Einschränkungen. Der Beschwerdeführer müsse zu einem Arbeitsplatz gebracht werden, zeige hier eine verminderte Leistungsdichte, ein vermindertes Rendement und eine verminderte Belastbarkeit sowohl im Physischen wie auch im Psychischen, sodass die Gutachter der Ansicht seien, dass der Beschwerdeführer diesen Anforderungen – mindestens bis dato – nicht gewachsen wäre (AB 109.1/47).

3.3 Die Beschwerdegegnerin führte bei Rentenzusprache am 22. November 2016 unter anderem Nachstehendes aus: Rein objektiv betrachtet könne nicht nachvollzogen werden, warum nicht mindestens eine Teilerwerbsfähigkeit zumutbar sein solle. Im zitierten Gutachten (AB 109.1) wür-

den anschaulich diverse IV-fremde Umstände erwähnt. So sei ersichtlich, dass der Beschwerdeführer den Willen zur Selbstdisziplin nicht aufbringe und dadurch immer stärker dekonditioniere. Dies löse wiederum eine reaktive Depression aus und verstärke diese. Eine Dekonditionierung dürfe rechtsprechungsgemäss nicht berücksichtigt werden. Daher habe sie die volle Einschränkung erst mit dem Eintreten der gesundheitlichen Verschlechterung bzw. ab dem 14. Februar 2015 mit dem Hinzutreten der psychiatrischen Diagnose (leichte bis mittelschwere depressive Episode; vgl. dazu AB 109.1/32 mit Hinweis auf AB 70/18) übernommen (AB 117/4 f.).

In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. September 2017 (AB 136) hält die Beschwerdegegnerin sodann das Folgende fest: Nach erneuter Prüfung der Aktenlage führten die gutachterlichen Ausführungen in somatischer Hinsicht zum Schluss, dass zumindest in leichten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. In psychiatrischer Hinsicht resultiere aus dem reaktiven depressiven Zustandsbild im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode unter Anwendung der im Verfügungszeitpunkt vom 22. November 2016 seit Jahren geltenden Rechtsprechung keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Da die Verfügung vom 22. November 2016 (AB 117) bei diesen Gegebenheiten zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung sei, werde diese in Wiedererwägung gezogen (AB 136/2 f.). Die Rente werde bei einem neu ermittelten Invaliditätsgrad von 21 % per Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben (AB 136/1 f.).

3.4 Das Gutachten der MEDAS vom 18. August 2016 (AB 109.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 2.5 hiervor), weshalb ihm grundsätzlich – hinsichtlich der erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen – volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen

zum Gesundheitszustand wurden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet.

3.4.1 In somatischer Hinsicht wurde in überzeugender Weise Folgendes festgehalten: Aus allgemein-medizinischer und internistischer Sicht bestehe für leichte Tätigkeiten eine gut erhaltene Restarbeitsfähigkeit (AB 109.1/21), wobei von ophthalmologischer Seite her (vgl. bezüglich Augenbeschwerden AB 109/20, 109/35, 109/48) aktuell keine zusätzliche Beeinträchtigung auszumachen sei (AB 109.1/45). Der allgemein-medizinische bzw. internistische Gutachter empfahl denn auch verschiedene medizinische Massnahmen wie eine Änderung des Lebensstils und die konsequente Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren, wobei er auf den nach wie vor ungenügend eingestellten Diabetes mellitus hinwies und festhielt, dass auch ein Compliance-Problem in Betracht gezogen werden müsse (AB 109.1/21 f.). Wie früher bereits vom Hausarzt erwähnt, sei eine Schichtarbeit ungünstig mit negativen Folgen auf den Diabetes mellitus bzw. auf das metabolische Syndrom (AB 109.1/22; vgl. auch AB 6/2 Ziff. 1.7). Trotz der stark beeinträchtigten Gehfähigkeit bei Insuffizienz des rechten Beines und Rückenschmerzsymptomatik (AB 109.1/30) attestierte auch der orthopädische Gutachter keine Arbeitsunfähigkeit, sondern führte aus, leichte Tätigkeiten im Sitzen ohne regelmässige Arbeiten über Schulterhöhe könnten durchgeführt werden (AB 109.1/31). Damit überzeugt, wenn die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zum Schluss gelangte, dass zumindest in angepassten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (AB 136/2).

3.4.2 Aus rein psychiatrischer Sicht wurde im MEDAS-Gutachten aufgrund des affektiv-regressiven Leidens, welches allerdings bis zum Explorationszeitpunkt (und auch darüber hinaus [vgl. Eingabe des Beschwerdeführers vom 31. Oktober 2018]) unbehandelt war, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Weiter wurden medizinische Massnahmen im Sinne einer Behandlung der reaktiven depressiven Störung in Kombination mit der Behandlung der somatischen Leiden als notwendig erachtet. Bei vorwiegend reaktiver Natur des aktuell affektiven Leidens erachtete der psychiatrische Gutachter berufliche Massnahmen für erforderlich. Es gehe darum, dem Beschwerdeführer wieder eine Aufgabe, einen Selbstwert zu

geben. Es bestehe im Explorationszeitpunkt eine Verminderung der Leistungsdichte (vermindertes Rendement), welche bei entsprechender Aufgabe aber als reversibel angesehen werde (AB 109.1/40). In der Konsensbeurteilung gelangten die Gutachter sodann zum Ergebnis, dass für den Beschwerdeführer auch in einer adaptierten Tätigkeit keine Möglichkeit gesehen werde, im ersten Arbeitsmarkt erwerbstätig zu werden. Er zeige ein verhängnisvolles Verweben zwischen den somatischen und den psychiatrischen Einschränkungen (AB 109.1/47).

3.4.3 Zu Recht weist die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Wiedererwägung auf die im Zeitpunkt der Verfügung vom 22. November 2016 (AB 117) geltende höchstrichterliche Rechtsprechung hin, wonach leichte bis mittelschwere depressive Episoden grundsätzlich als therapierbar und damit nicht invalidisierend galten (vgl. AB 136/2, E. 2.6.2 hiavor). Allemal ist es keineswegs allein Sache des Arztes, abschliessend und verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer im Sozialversicherungsrecht anerkannten andauernden Arbeitsunfähigkeit führt, zumal zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation besteht und die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist sowie unausweichlich Ermessenzüge trägt (vgl. E. 2.4 hiavor; BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 194 f.; SVR 2014 Nr. 34 S. 124 E. 3.1). Verwaltung wie auch Gerichte haben deshalb im Rahmen einer rechtlichen Würdigung zu beurteilen, ob unter sozialversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten überhaupt ein relevanter Gesundheitsschaden vorliegt bzw. welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können. Dabei war im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 22. November 2016 die mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte mittelgradige depressive Episode (AB 109.1/43) per se nicht als pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinne der Rechtsprechung zu qualifizieren (vgl. SVR 2014 IV Nr. 12 S. 48 f. E. 3.2 und 4.2.3 sowie Entscheidung des BGer vom 8. Oktober 2014, 9C_856/2013, E. 3.1, und vom 15. Januar 2013, 8C_217/2012, E. 5.3.1), womit sich eine Prüfung der Standardindikatoren nach Massgabe von BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.2.2 hiavor bzw. E. 4 hiernach) erübrigte. Dabei ist zu beachten, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nach ICD-10 von den Gutachtern nicht dia-

gnostiziert wurde, da einerseits erhebliche somatische Befunde bestünden, welche ein Schmerzsyndrom zu erklären vermöchten, andererseits kein langdauernder quälender Schmerz bestehe (AB 109.1/37). Damit war psychiatrischerseits allein von der in der Konsensbeurteilung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen (AB 109.1/43).

Das Bundesgericht hatte in BGE 142 V 342 (E. 3 S. 348) zunächst noch offen gelassen, ob die Praxis nach BGE 141 V 281 auf alle psychischen Leiden auszudehnen sei (bejahend erst in BGE 143 V 409 und 143 V 418 vom 30. November 2017), womit ohne Weiterungen die bis dahin gültige Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar waren und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten, angewandt werden musste (vgl. u.a. BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197 sowie Entscheide des BGer vom 26. September 2016, 8C_246/2016, E. 4.1, 15. September 2016, 8C_482/2016, E. 4.1, 20. Mai 2016, 8C_119/2016, E. 3.2, 22. Januar 2016, 9C_892/2015, E. 2, und 7. Januar 2016, 9C_863/2015, E. 1). Die von der Rechtsprechung geforderte ausgewiesene Therapieresistenz verlangte, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein musste, als dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (vgl. Entscheide des BGer vom 8. Juli 2016, 9C_901/2015, E. 3.2, 20. Juni 2016, 9C_190/2016, E. 4.2.2, sowie 14. April 2016, 9C_13/2016, E. 4.2).

Zur Therapierbarkeit des diagnostizierten reaktiv depressiven Zustandsbildes, im Explorationszeitpunkt im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F33.1) mit erheblichen regressiven Anteilen (AB 109.1/36), ist dem MEDAS-Gutachten zu entnehmen, dass das Leiden bis dato unbehandelt sei und die daraus resultierende Verminderung der Leistungsdichte bei entsprechender Aufgabe als reversibel angesehen werde bzw. bei entsprechender Behandlung vermindert werden könne (AB 109.1/40). Dies zeigte sich denn auch anlässlich der stationären Behandlung im Spital D. _____ vom 16. Februar bis 27. März 2015, konnte der Beschwerdeführer doch von den dort geführten Einzelgesprächen gut

profitieren und stabilisierte er sich im Verlauf des Aufenthaltes psychisch, was anhand psychometrischer Werte auch objektiviert werden konnte (AB 70/20, 109.1/48). In der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter der MEDAS weiter fest, das wesentlichste Element der Behandlung stelle eine multidisziplinäre Rekonditionierung dar, d.h. der Beschwerdeführer müsste erneut stationär aufgenommen und mit einem multimodalen Therapieansatz behandelt werden. Dabei forderten die Gutachter auch eine antidepressive Behandlung, welche ihrem Wissen nach bisher nicht initiiert worden sei (AB 109.1/48, siehe auch AB 109.1/39). Der Beschwerdeführer sei mit der nun auch eingetretenen depressiven Störung und der damit verbundenen verminderten Willensbildung noch eher auf Hilfe Dritter bei der Behandlung seiner Leiden angewiesen (AB 109.1/48). Die reaktive Natur des Geschehens wurde prognostisch in dem Sinne als günstig angesehen, als dass sich bei günstiger Beeinflussung der somatischen Leiden auch das psychische Leiden bessern könne (AB 109.1/39, 109.1/46).

3.5 Zusammenfassend ist unter Berücksichtigung des depressiven Geschehens, welches bis zum Verfügungszeitpunkt vom 22. November 2016 (AB 117) weder medikamentös noch multidisziplinär behandelt und gemäss gutachterlicher Einschätzung insbesondere wegen seiner reaktiven Natur als therapierbar eingestuft worden war, davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus rechtlicher Sicht einzig wegen der somatischen Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt war. Damit ist spätestens seit der Erstellung des MEDAS-Gutachtens am 18. August 2016 (AB 109.1) von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit im Sitzen, ohne regelmässige Arbeiten über Schulterhöhe und ohne Schichtarbeit auszugehen (vgl. E. 3.4.1 hiavor). In der Folge erweist sich die von der Beschwerdegegnerin anlässlich der Rentenzusprache per 14. Februar 2015 angenommene gesundheitliche Verschlechterung mit Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten als zweifellos unrichtig (AB 117/4). Zudem ist die Berichtigung der insoweit nicht korrekt ergangenen Verfügung vom 22. November 2016 (AB 117) von erheblicher Bedeutung, stehen doch mit der ganzen IV-Rentenzusprache periodische Leistungen zur Diskussion (vgl. BGE 119 V 475 E. 1c S. 480, Entscheid des BGer vom 4. Mai 2017, 8C_18/2017, E. 3.2.2). Damit durfte die Beschwerdegegnerin die in der Rentenverfügung angenommene Ver-

schlechterung des Gesundheitszustandes unberücksichtigt lassen und unter Berufung auf einen Wiedererwägungsgrund auf die ursprüngliche Rentenzusprache zurückkommen (vgl. E. 2.6 hiervor). Dass dabei – entgegen der vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung (vgl. Beschwerde S. 23 ff.) – trotz Rückzugs der damaligen Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. November 2016 (AB 118/3 ff.) im Verfahren IV/2017/28 (vgl. VGE IV/2017/28 [AB 129]) nicht von einer Verletzung des Willkür- und Rechtsmissbrauchsverbots und einem Verhalten gegen Treu und Glauben seitens der Beschwerdegegnerin ausgegangen werden kann, wurde mit prozessleitender Verfügung vom 31. Oktober 2017 dargelegt (vgl. insbesondere S. 2). Darauf wird verwiesen.

4.

4.1 Gestützt auf das vorstehend ermittelte Zumutbarkeitsprofil mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit (sitzend, ohne regelmässige Arbeiten über Schulterhöhe und ohne Schichtarbeit [E. 3.5 hiervor]) ist nachstehend die Anspruchsberechtigung pro futuro bzw. ab dem 1. November 2017 zu prüfen (vgl. E. 3.1 hiervor sowie Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Mit der am 30. November 2017 erfolgten Praxisänderung hinsichtlich depressiver Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409) bzw. sämtlicher psychischer Erkrankungen (BGE 143 V 418), welche auf alle in jenem Zeitpunkt noch nicht erledigten Fälle Anwendung findet (Entscheid des BGer vom 14. März 2018, 8C_563/2017, E. 5.1), ist der Leistungsanspruch nachstehend erstmals auch unter dem Aspekt eines strukturierten Beweisverfahrens zu beurteilen (vgl. E. 2.2.2 hiervor).

4.2 Vorab zu bemerken ist, dass die Beschwerdegegnerin die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers per 1. November 2017 in der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2017 (AB 136) noch nicht im Lichte der nunmehr bei psychiatrischen Leiden generell anwendbaren Rechtsprechung zum strukturierten Beweisverfahren zu beurteilen hatte. Sie hat jedoch in der Beschwerdeantwort (S. 3 f. Ziff. C.9 ff.) sowie in der Duplik un-

ter anderem anhand der medizinischen Indikatorenprüfung (vgl. AB 109.1/38 ff.) die massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer gesamtheitlichen Betrachtung abgehandelt, wozu sich der Beschwerdeführer umfassend äussern konnte. Damit wurde den Parteien während des vorliegenden Verfahrens das rechtliche Gehör umfassend gewährt. Zudem ist die nachfolgende Prüfung denn auch rechtlicher Natur, weshalb unter diesen Umständen die vom Bundesgericht beschlossene Praxisänderung keine Rückweisung an die Vorinstanz im Sinne des vom Beschwerdeführer gestellten Eventualbegehrens impliziert (vgl. Replik sowie Eingabe des Beschwerdeführers vom 29. August 2018, siehe hierzu auch prozessleitende Verfügung vom 30. August 2018). Zudem wurde im MEDAS-Gutachten vom 18. August 2016 (AB 109.1) auf die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 grossmehrheitlich Bezug genommen und auch mit Blick auf das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Störung sowie BGE 143 V 409 erlauben die Akten eine abschliessende Beurteilung im Sinne dieser Rechtsprechung, womit sich auch allfällige weitere Beweismassnahmen erübrigen (antizipierte Beweismassnahmen [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

4.3 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 überwiegen 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).

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), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). 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).

4.4 Der orthopädische Gutachter der MEDAS hielt fest, eine Aggravation und eine übermässige Verdeutlichung könnten nicht ausgeschlossen werden (AB 109.1/24). Auch auf den psychiatrischen Gutachter wirkte der Beschwerdeführer teilweise etwas theatralisch im Sinne der Symptomverdeutlichung, wobei sich jedoch keine bewusstseinsnahe Ausgestaltung fand und eine solche in den Akten auch nirgends beschrieben oder vermutet wurde (AB 109.1/39, 109.1/46). Mit Blick auf die rechtsprechungs-

gemäss geforderte Klarheit hinsichtlich des Vorliegens eines Ausschlussgrundes (E. 4.3 hiervor) kann ein solcher hier nicht angenommen werden (vgl. hierzu Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. C.8).

4.5 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie funktioneller Schweregrad (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

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

4.5.1.1 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 Kriterien einer mittelgradigen depressiven Störung nach ICD-10 wurden vom psychiatrischen Gutachter als erfüllt erachtet, wobei er insgesamt den Eindruck einer reaktiv depressiven Störung mit deutlichen regressiven Anteilen ohne schwere Beeinträchtigung der Kognition gewann (AB 109.1/36). Der Beschwerdeführer war anlässlich der psychiatrischen Befunderhebung bewusstseinsklar und allseits orientiert, in der Kognition sowie im formalen Denken unauffällig und er wirkte bloss leicht deprimiert (AB 109.1/35). Der orthopädische Gutachter beschrieb die Stimmungslage als dysthym (AB 109.1/24). Weiter erwähnte der psychiatrische Experte, dass seit längerem keine psychiatrische Unterstützung bzw. Behandlung mehr bestehe (vgl. AB 109.1/40, wonach keine fachpsychiatrischen Vorberichte vorliegen) und der Beschwerdeführer im Explorationszeitpunkt auch keine Antidepressiva einnahm, wobei solche offenbar bis dahin nicht verordnet worden waren (AB 109.1/38, siehe auch 109.1/32 f., 109.1/39, 109.1/46). Die Verminderung der Leistungsdichte (vermindertes Rendement) wurde aus psychiatrischer Sicht bei entsprechender (beruflicher) Aufgabe explizit als reversibel angesehen (AB 109.1/40). Diese Ausführungen und insbesondere die Tatsache, dass der vorliegende Zustand seit Jahren keiner psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung bedarf (siehe hierzu auch E. 4.5.1.2 hiernach), sprechen gegen eine schwere Ausprägung der mittelgradigen depressiven Episode.

4.5.1.2 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.). Der Beschwerdeführer war vom 16. Februar bis 28. März 2015 in der Psychosomatik des Spitals D._____ in stationärer Behandlung, wobei der Austrittsbericht vom 1. Mai 2015 von keinem Facharzt für Psychiatrie erstellt bzw. unterzeichnet wurde (AB 70/22) und im Kurzaustrittsbericht vom 26. März 2015 die psychiatrische Diagnose einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode noch gar nicht gestellt wurde (AB 70/27 f.). In der Folge wurde der Beschwerdeführer laut Austrittsbericht von Dr. med. E._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 22. September 2015 (AB 70/4 ff.) zwischen dem 12. April und 9. Juni 2015 in der psychosomatischen Tagesklinik des Spitals D._____ teilstationär behandelt. Antidepressiva wurden ihm weder von den Ärzten des Spitals D._____ (AB 109.1/32) noch vom Hausarzt (AB 109.1/39) oder von anderen Ärzten verordnet (vgl. AB 109.1/38). Anlässlich der MEDAS-Exploration vom Juni 2016 (AB 109.1/1) gab der Beschwerdeführer an, sich aktuell nicht in psychiatrischer Betreuung zu befinden (AB 109.1/19). Dies blieb nach der Begutachtung unverändert, reichte der Beschwerdeführer am 31. Oktober 2018 doch auf die Frage nach seit Juni 2016 erfolgten Behandlungen und Therapien (vgl. prozessleitende Verfügung vom 30. August 2018) einzig Berichte des behandelnden Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zu den Akten (Beschwerdebeilagen [BB] 5 - 9). Unter diesen Umständen spricht der Indikator Behandlungserfolg bzw. -resistenz ebenfalls gegen die Annahme eines schwerwiegenden, mithin invalidisierenden Gesundheitsschadens.

4.5.1.3 Hinsichtlich des Indikators der Komorbiditäten ist zu beachten, dass die bisherigen Kriterien der „psychiatrischen Komorbidität“ und „körperlichen Begleiterkrankung“ zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst wurden. 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). Eine psychische Komorbidität liegt nicht vor, hingegen wiesen die Gutachter auf erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen hin (AB 109.1/38). Für den orthopädischen Gutachter war eine erhebliche

Gehunfähigkeit offensichtlich, dies bei einer ausgeprägten Adipositas, einer imponierenden Hypoplasie des rechten Beines mit Beinverkürzung und erheblicher Minderung der muskulären Ausprägung (AB 109.1/44). Als ursächlich dafür wurde aus polydisziplinärer Sicht eine verminderte Bewegung bzw. Aktivität angesehen, wobei insgesamt von einem Circulus vitiosus bei einer schwer eingeschränkten Mobilität mit konsekutiver Gewichtszunahme, muskulärer Dekompensation und reaktiv depressivem Leiden, welches seinerseits wiederum zu einer zusätzlichen Mobilitätseinschränkung bei Motivationslosigkeit und dem depressiven Syndrom führe, ausgegangen wurde (AB 109.1/45). Ausgeführt wurde ein verhängnisvolles Verweben zwischen den somatischen und den psychiatrischen Einschränkungen (AB 109.1/47). Die körperlichen Beeinträchtigungen liessen sich indessen nach einhelliger Auffassung der begutachtenden (AB 109.1/21) und behandelnden Ärzte (vgl. AB 70/6, 70/20 f., 70/33, 70/40, 70/42 f., 70/53) mit einer Änderung der Lebensgestaltung, insbesondere einer Gewichtsreduktion und Steigerung der körperlichen Bewegungsgewohnheiten (AB 109.1/31) und einer multidisziplinären Rekonditionierung (AB 109.1/48) mit Bezug auf eine leidensadaptierte Tätigkeit verbessern (AB 109.1/40). Diese Massnahmen für eine umfassende Verbesserung des Gesundheitszustandes setzten eine einschlägige und ausreichende Motivation voraus, welche nach Auffassung der Gutachter im Explorationszeitpunkt nicht erkennbar war (AB 109.1/31). Da der Diabetes mellitus (AB 109.1/20) nach wie vor ungenügend eingestellt war, zogen die Gutachter auch ein Compliance-Problem in Betracht (AB 109.1/21 f.). Die Folgen dieser Diagnose wurden vom Allgemeinmediziner mit Blick auf seine Beurteilung einer gut erhaltenen Restarbeitsfähigkeit indessen nicht als gravierend eingestuft (AB 109.1/21).

4.5.2 Der Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) steht einer Erwerbstätigkeit ebenfalls nicht entgegen, wurden akzentuierte Persönlichkeitszüge oder eine Persönlichkeitsstörung von den Gutachtern doch ausdrücklich nicht diagnostiziert (AB 109.1/46). Soweit in der gutachterlichen Konsensbeurteilung der unter anderem kulturell bedingte Identitätsverlust, welchen der Beschwerdeführer durch Verlust seiner Erwerbstätigkeit erfahren habe, als für die Beurteilung relevant erachtet wurde (AB 109.1/46), ist festzuhalten, dass es sich hierbei um einen invaliditäts-

fremden Belastungsfaktor handelt. Denn psychosoziale und soziokulturelle Faktoren, welche durch soziale bzw. äussere Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, berechtigen nicht zur Invalidenrente (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Als Ressourcen können weiter die in den Berichten zur beruflichen Abklärung im Frühjahr 2014 und Herbst 2015 genannten Eigenschaften und Fähigkeiten betrachtet werden, welche bei entsprechender Behandlung wieder mobilisierbar wären. Der Beschwerdeführer wurde von den Eingliederungsfachpersonen als offen, interessiert, aufgeschlossen, um gute Leistungen bestrebt und mit insgesamt guten Personal- und Sozialkompetenzen beschrieben (AB 32/2, 74/2). Die berufliche Abklärung bzw. das Arbeitstraining wurden denn auch nicht aus psychischen, sondern aus somatischen Gründen vorzeitig abgebrochen (AB 32/2, 74/2; vgl. hierzu auch AB 109.1/32, 109.1/39). Das verminderte Rendement wurde psychiatrischerseits zudem als reversibel angesehen (AB 109.1/40).

4.5.3 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 gab zwar bei der Begutachtung an, keine sozialen Kontakte zu pflegen (AB 109.1/18), jedoch lebt er in glücklicher Ehe zusammen mit seiner Enkelin in einem Haus, in dessen Wohnung im Obergeschoss sein verheirateter Sohn wohnt (AB 109.1/16, 109.1/34). Der Sohn unterstützt ihn denn auch in sehr vielen Bereichen (vgl. u.a. 109.1/13, 109.1/16, 109.1/18, 109.1/34 f.). Soweit im Gutachten von einem sozialen Rückzug berichtet wird (AB 109.1/38), ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer diesen massgeblich auf die durch die Rückenschmerzen und Schmerzen in den Füßen bedingte fehlende Aktivität (AB 109.1/18) bzw. auf die Inkontinenz (AB 109.1/33 f.) und damit auf somatische Befunde zurückführt. In der Folge ist ein durch die psychiatrische Diagnose bedingter sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens nicht ausgewiesen.

4.6 Da die Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 weder im Komplex Gesundheitsschädigung noch im Komplex Persönlichkeit oder im Komplex sozialer Kontext eine erhebliche negative Beeinflussung zeigt, ist fraglich, ob eine eingehende Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4

S. 303 f.) überhaupt vorgenommen werden müsste (vgl. Entscheid des BGer vom 21. April 2016, 9C_367/2015, E. 4). Zu bemerken ist immerhin, dass der psychiatrische Gutachter den Eindruck einer klaren Symptomausgestaltung im Sinne einer klar gezeigten Symptomverdeutlichung gewann (AB 109.1/36). Der Beschwerdeführer erlebt sich subjektiv als schwer krank, vollständig arbeitsunfähig und in dieser Situation für einen Arbeitgeber nicht mehr zumutbar (AB 109.1/19, 109.1/36). Insoweit liegt eine versicherungsrechtlich nicht relevante Entschädigungshaltung vor. Damit erweist sich der psychische Gesundheitsschaden aus rechtlicher Sicht als nicht invalidisierend und es ist für die Invaliditätsbemessung (E. 5 hiernach) einzig auf die mit den somatischen Befunden erklärbaren Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit im Sitzen, ohne regelmässige Arbeiten über Schulterhöhe und ohne Schichtarbeit [vgl. E. 3.5 hiervor]) abzustellen.

5.

5.1 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).

5.2 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; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt

für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

5.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). 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 BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

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).

5.4 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Vorliegend ist der Einkommensvergleich auf den Zeit-

punkt der wiedererwägungsweisen Rentenaufhebung (31. Oktober 2017 [AB 136]) – mithin auf das Jahr 2017 – hin durchzuführen.

5.5 Die zuletzt bei der G. _____ AG vom 1. Februar 1990 bis 31. Januar 2012 innegehabte Arbeitsstelle als ... in der ... wurde gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin wegen „Automatisation“ gekündigt (AB 15/2). Demgegenüber führte der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung aus, die Kündigung sei erfolgt, weil es ihm aufgrund seines Diabetes mellitus nicht mehr möglich gewesen sei, Schichtarbeit zu leisten und der Arbeitgeber keinen adaptierten Arbeitsplatz habe anbieten können (AB 109.1/31 f., vgl. hierzu auch IV-Protokoll per 25. Mai 2018 [im Gerichtsossier], S. 1, Eintrag vom 11. Februar 2014). Aus welchen Gründen die Vertragsauflösung effektiv ausgesprochen wurde und ob die von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Parallelisierung (vgl. AB 136/1) gerechtfertigt ist (vgl. dazu u.a. BGE 141 V 1 E. 5.4 S. 3, 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Entscheid des BGer vom 17. Mai 2016, 8C_141/2016, E. 5.2.2), kann hier offen bleiben. Denn selbst wenn mit Blick auf die zuletzt während beinahe zwölf Jahren innegehabte Tätigkeit in der ... zugunsten des Beschwerdeführers auf die Tabelle TA1 der LSE 2014 (LSE 2016 bis dato noch nicht vollständig greifbar), Sektor 2 Produktion, Männer, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art; abrufbar unter www.bfs.admin.ch), abgestellt und ein Betrag von Fr. 68'374.10 (Fr. 5'455.-- x 12 / 40 x 41.3 [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Sektor 2, 2017] / 103.1 x 104.3 [BFS, Tabelle T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011-2017, Sektor 2 Produktion, Index 2014 auf 2017]) herangezogen würde (vgl. demgegenüber das zuletzt erzielte Einkommen von Fr. 62'314.-- [AB 8/2, 15/4], per 2017 ausmachend Fr. 64'413.75 [Fr. 62'314.-- / 100.9 x 104.3; vgl. BFS, Tabelle T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, 2011-2017, Sektor 2 Produktion, Index 2011 auf 2017]), resultierte kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 5.6 hiernach).

Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das hypothetische Invalideneinkommen ebenfalls anhand statistischer Werte zu bestimmen (vgl. E. 5.3 hiervor). Ausgehend von einem breiten Fächer möglicher Verweistätigkeiten ist gestützt auf die

Tabelle TA1 der LSE 2014 ein massgeblicher monatlicher Bruttolohn von Fr. 5'312.-- heranzuziehen (Total, Männer, Kompetenzniveau 1). Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2017 (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total, 2017) sowie indexiert auf das Jahr 2017 (BFS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2017, Total), führt dies zu einem hypothetischen Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 67'354.60 (Fr. 5'312.-- x 12 / 40 x 41.7 / 103.2 x 104.6). Trotz der vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer den somatischen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ist dem Beschwerdeführer aufgrund der Vielschichtigkeit der somatischen Einschränkungen ein leidensbedingter Abzug zu gewähren. Dieser ist indes entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (AB 136/1) auf maximal 20 % festzusetzen (siehe auch Einschätzung des RAD vom 20. Mai 2015 [AB 52/2]). Infolgedessen ist für die Invaliditätsbemessung ein Einkommen mit Gesundheitsschaden von mindestens Fr. 53'883.70 (Fr. 67'354.60 ./. 20 %) zu berücksichtigen. Zu ergänzen ist, dass selbst wenn der Beschwerdegegnerin gefolgt würde und zu Gunsten des Beschwerdeführers vom maximal möglichen Abzug von 25 % auszugehen wäre, ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultierte ($[(Fr. 68'374.10 \cdot \{Fr. 67'354.60 \cdot ./. 25 \%\}) \cdot 100 / Fr. 68'374.10 = 26,11 \%$).

5.6 Bei Gegenüberstellung des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 68'374.10 und des hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 53'883.70 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 14'490.40, was einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 21 % entspricht (vgl. zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und E. 3.3 S. 123).

6.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin die laufende ganze IV-Rente in Wiedererwägung der Verfügung vom 22. November 2016 (AB 117) zulässigerweise per 31. Oktober 2017 aufgehoben. In der Folge ist die angefochtene Verfügung vom 26. September 2017 (AB 136) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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 Weder der unterliegende Beschwerdeführer (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern haben einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt Dr. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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