

200 13 558 IV  
FUR/SAW/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 30. September 2014**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Winiger

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. Mai 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1958 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 22. Mai 1996 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. IIA] 117.1 S. 137 ff.) und bezog daraufhin wegen Rückenproblemen (act. IIA 117.1 S. 100 ff.) rückwirkend ab Mai 1995 bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 42% eine halbe Härtefallrente (act. IIA 117.1 S. 35 ff.).

Im Rahmen einer Revision von Amtes wegen im Jahre 2001 (Akten der IV [act. IIB] 12) holte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) diverse medizinische und erwerbliche Berichte ein und liess insbesondere einen Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende datiert vom 25. September 2003 (act. IIB 32 S. 2 ff.) erstellen. Basierend auf dessen Ergebnisse verfügte sie am 28. Oktober 2003 (act. IIB 36 S. 2 ff.) bei einem ermittelten IV-Grad von 52% die Ausrichtung einer halben Invalidenrente (IV-Rente) ab dem 1. Juni 2000. Eine hiergegen erhobene Einsprache (act. IIB 40) wies sie mit Entscheid vom 19. März 2004 ab (act. IIB 44).

Gestützt auf ein Rentenrevisionsgesuch vom 1. Dezember 2006 (act. IIB 46) wurde der medizinische sowie erwerbliche Sachverhalt erneut abgeklärt und insbesondere ein Gutachten bei Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie FMH, in Auftrag gegeben (Gutachten vom 15. April 2008, act. IIB 65). Mit Verfügung vom 17. Juli 2009 (act. IIB 93) teilte die IVB dem Versicherten mit, es liege keine rentenwirksame Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor, wobei unter Berücksichtigung der entstehenden Erwerbseinbusse ein IV-Grad von 56% resultiere. Der Anspruch auf die bisherige halbe Rente bestehe weiterhin.

### **B.**

Mit Schreiben vom 6. Oktober 2010 (act. IIB 98) meldete sich der Versicherte wegen psychischen Problemen bei der IVB und gab zugleich die

behandelnden Ärzte an. In der Folge holte die IVB die entsprechenden medizinischen Berichte ein und gab bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein psychiatrisches Gutachten datiert vom 13. Juli 2011 (act. IIA 131) in Auftrag. Gestützt auf die Erkenntnisse der getätigten Abklärungen forderte die IVB den Versicherten mit Schreiben vom 2. November 2011 (act. IIA 136) auf, sich im Sinne der Schadenminderungspflicht einer Alkoholentzugsbehandlung zu unterziehen und bis am 23. November 2011 den behandelnden Arzt und das Datum des Beginns der Therapie sowie deren Dauer bekannt zu geben. Gleichzeitig wies sie den Versicherten auf die Mitwirkungspflicht sowie die Rechtsfolgen im Unterlassungsfall hin. Mit Schreiben vom 19. Dezember 2011 (act. IIA 141) teilte der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher E.\_\_\_\_\_, mit, dass Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, – soweit notwendig, begründet und opportun – im Rahmen der bereits seit langem laufenden ambulanten Therapie auch der Frage der behaupteten Alkoholabhängigkeit nachgehen werde.

Im weiteren Verlauf sprach die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 137) mit Verfügung vom 4. April 2012 (act. IIA 145) rückwirkend ab dem 1. Oktober 2010 eine ganze IV-Rente bei einem ermittelten IV-Grad von 100% zu.

### **C.**

Am 24. Januar 2013 (act. IIA 152) gab Dr. med. F.\_\_\_\_\_ bezüglich der angeordneten Eingliederungsmassnahme an, er könne nicht beantworten, ob der geforderte Alkoholentzug durchgeführt worden sei. Er habe den Versicherten ans Ambulatorium der Klinik G.\_\_\_\_\_ verwiesen. Auf Anfrage der IVB (act. IIA 153) teilte der Versicherte mit, Dr. med. F.\_\_\_\_\_ habe ihm den Eintritt in die Klinik G.\_\_\_\_\_ als Option vorgeschlagen und ihm die Entscheidung freigelassen. Ein Eintritt sei also nicht vorgesehen (act. IIA 154).

Gestützt auf diese Angaben erliess die IVB am 22. März 2013 einen Vorbescheid (act. IIA 155), worin sie die sofortige Einstellung der Rentenzahlungen in Aussicht stellte. Zur Begründung führte sie an, der Versicherte sei

am 2. November 2011 auf die Folgen der Verletzung der Schadenminderungspflicht aufmerksam gemacht worden und widersetze sich trotzdem nach wie vor der Eingliederungsmassnahme. Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 9. April 2013 Einwand (act. IIA 156) und machte im Wesentlichen geltend, das Vorgehen der IVB entspreche nicht dem gesetzlich vorgeschriebenen Mahnverfahren. Zudem sei ein stationärer Alkoholzug nicht zumutbar.

Mit Verfügung vom 29. Mai 2013 (act. IIA 161) stellte die IVB die Rentenzahlungen wie angekündigt per sofort ein und entzog einer allenfalls gegen diese Verfügung gerichteten Beschwerde die aufschiebende Wirkung. Gleichzeitig wurde der Versicherte aufgefordert, schriftlich mitzuteilen, wenn er bereit sein sollte, seine Mitwirkungspflicht zu erfüllen.

#### **D.**

Hiergegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 25. Juni 2013 Beschwerde. Er beantragt die kostenfällige Aufhebung der Verfügung vom 29. Mai 2013 sowie die Ausrichtung einer ganzen IV-Rente ab dem 1. Oktober 2010 auf unbestimmte Zeit. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung des Sachverhalts und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In der Beschwerdeantwort vom 15. August 2013 stützte die Beschwerdegegnerin grundsätzlich die Verfügung vom 29. Mai 2013. In Bezug auf die Höhe der Renteneinstellung stellte sie jedoch in Frage, ob die ganze Rente infolge der Schadenminderungspflichtverletzung nicht nur auf eine halbe Rente hätte gekürzt werden dürfen.

Gestützt auf die prozessleitende Verfügung vom 12. Februar 2014 nahm der Beschwerdeführer am 7. März 2014 zur Beschwerdeantwort Stellung und bestätigte die bisher gestellten Rechtsbegehren.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 29. Mai 2013 (act. IIA 161). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete ganze IV-Rente zu Recht wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht eingestellt hat.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

**2.2** Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt der Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Sodann muss sie an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen, insbesondere an Massnahmen der Frühintervention, Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, Massnahmen beruflicher Art, medizinischen Behandlungen nach Art. 25 KVG und Massnahmen zur Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern (Art. 7 Abs. 1 und 2 IVG).

**2.3** Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG). Nach den Gesetzgebungsmaterialien konkretisiert diese Bestimmung den bis anhin nur von der Rechtsprechung näher definierten Begriff der Zumutbarkeit und hält fest, dass jede Massnahme, die der Eingliederung einer versicherten Person dient, grundsätzlich zumutbar ist, solange sie nicht ausdrücklich als unzumutbar betrachtet werden muss. Damit wird die Beweislast in Bezug auf die Zumutbarkeitsfrage verschoben. Musste bis anhin dargelegt werden, dass eine Massnahme einer versicherten Person in ihrer konkreten Lage zumutbar ist, so kann neu davon ausgegangen werden, dass eine Massnahme prinzipiell zumutbar ist. Es liegt denn auch an der versicherten Person darzulegen, inwiefern ihr eine bestimmte Massnahme nicht zumutbar sein soll. Allerdings wirkt sich diese Beweislastverteilung faktisch nur im Streitfall aus, da die IV-Stelle aufgrund des in Art. 43 Abs. 1 ATSG geregelten Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen verpflichtet ist zu prüfen, ob eine unzumutbare Massnahme vorliegt. Sodann wird in Art. 7a, 2. Satzteil, IVG ausdrücklich festgehalten, dass lediglich gesundheitliche Gründe dazu führen können, dass eine Massnahme im konkreten Einzelfall als unzumutbar erachtet werden muss (Botschaft des Bundesrates, BBl 2005 S. 4560).

**2.4** Kommt die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 IVG nicht nach, können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG).

### **3.**

**3.1** Zum Gesundheitszustand ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Gutachten vom 15. April 2008 (act. IIB 65) gab Dr. med. C. \_\_\_\_\_ an, diagnostisch lasse sich mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikales Schmerzsyndrom (rezidivierend auftretend) mit/bei

Status nach Discectomie und Cageeinlage sowie neurologisch ohne radikuläre Störung und ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom (mit radikulärer/pseudoradikulärer Ausstrahlung rechts) mit/bei Status nach Microdiscectomie L5/S1 und L4/5, Re-Microdiscectomie L4/5, Dekompression L4/5 mit PLIF sowie L5/S1 mit PLIF und Schraubenstabilisation L4 bis S1 festhalten (S. 12 f.). Zu den objektiven Befunden gab sie u.a. an, der Explo- rand sei in gutem Allgemein- und Ernährungszustand, Nikotin werde ver- neint und Äthyl regelmässig konsumiert (S. 10 Ziffer 3). Des Weiteren be- stehe eine eingeschränkte Beweglichkeit der Lenden- und Halswirbelsäule, wobei ein Nervendehnungsschmerz oder ein sensomotorisches Defizit nicht habe festgestellt werden können. Radiologisch/neurologisch läge ein intaktes Osteosynthesematerial im Halswirbelsäulenbereich sowie lumbal vor. Eine Wurzelkompression habe zudem neurologisch ausgeschlossen werden können (S. 12). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus, hinsichtlich der bisherigen Tätigkeit als ... müsse mit ei- ner Rest-Arbeitsfähigkeit von 40 bis 45% gerechnet werden (S. 15 Ziffer 5). Bei einer angepassten Tätigkeit sei ein Pensum von 70% möglich, wobei dies zwingend IV-intern getestet werden müsse (S. 14).

**3.1.2** Der Beschwerdeführer war vom 28. Februar 2011 bis am 14. April 2011 zur stationären psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik H. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 19. April 2011 (act. IIA 128 S. 2) wurden als Diagnosen eine mittelschwere bis schwere depressive Episode mit/bei kognitiver Beteiligung sowie ein chronisches Schmerzsyn- drom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule aufgeführt. Des Weiteren hielten die betreuenden Ärzte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und med. pract. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Phy- sikalische Medizin und Rehabilitation FMH, fest, die psychotherapeutische Evaluation habe die Eintrittsdiagnose einer mittelschweren bis schweren depressiven Symptomatik mit Verdacht auf kognitive Beteiligung bestätigt. Zudem sei es möglich, dass ein anamnestisch habitueller Alkoholgebrauch mit der erhöhten  $\gamma$ -Glutamyltransferase ( $\gamma$ -GT) korreliere (Transaminasen normal). Das Desialotransferrin (DST resp. englisch CDT) als sensitivster Parameter für chronischen Alkoholgebrauch (letzte 14 Tage) habe jedoch nicht nachgewiesen werden können. Zum Verlauf des Aufenthaltes gaben die betreuenden Ärzte an, es sei eine deutliche Stimmungsaufhellung mit

Verbesserung, insbesondere des Antriebes sowie der affektiven Schwingungsfähigkeit, ersichtlich gewesen. Hinsichtlich der weiteren Behandlung empfohlen sie eine weitergehende psychotherapeutische Begleitung sowie eine neuropsychologische Testung und die Beibehaltung einer regelmässigen körperlichen Ertüchtigung (Fitnessprogramm) bei ausgeglichener Tagesstruktur. Während dem stationären Aufenthalt sowie vom 16. April 2011 bis zur Neu Beurteilung am 30. April 2011 attestierten sie eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3).

**3.1.3** Im psychiatrischen Gutachten vom 13. Juli 2011 (act. IIA 131) diagnostizierte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Alkoholabhängigkeit sowie einen gegenwärtigen Substanzgebrauch mit Verdacht auf ein amnestisches Syndrom (ICD-10: F 10.24 und F 10.6, S. 15). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine rezidivierende depressive Störung (derzeit in Remission, ICD-10: F 33.4, S. 16). In seiner Beurteilung präziserte er, die pathologischen Leberparameter (S. 15), die bestehenden Zeichen (verminderte Konzentration, Zittern, Erythrophobie, Tremor) sowie die Angaben des Patienten sprächen für eine schon lang dauernde Alkoholabhängigkeit. Die Vigilanz, die kognitiven Einschränkungen und der verminderte Orientierungssinn (auch zeitlich) würden zudem auf eine beginnende Demenz resp. auf ein Korsakow-Syndrom im frühen Stadium hindeuten. Des Weiteren fügte er an, aus psychiatrischer Sicht sei die verminderte Hirnleistung limitierend, wobei es möglich sei, dass sich diese bei einem Entzug und dauernder Alkoholabstinenz verbessere. Folglich empfahl er denn auch als medizinische Massnahmen dringend einen Alkoholentzug und ein dauerndes alkoholfreies Leben (S. 17). Überdies teilte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ mit, er habe (unter korrekter medikamentöser Therapie) keine depressive Störung festgestellt. Klinisch sei aber doch eine mittelschwere kognitive Störung mit Desorientiertheit und mnestischen Störungen aufgefallen (S. 16). Gestützt auf seine Untersuchungen kam er sodann zum Schluss, dass es sich vorliegend um eine Depression als Folge des langjährigen Alkoholkonsums handle. Zur Begründung erklärte er, der Explorand habe früher nie Zeichen einer Depression gezeigt (S. 17). Zur Arbeitsfähigkeit gab er schliesslich an, leider bestehe beim Patienten ein geistiger Abbau, der grundsätzlich keine Arbeitsfähigkeit, auch in angepasster Tätigkeit, zulasse, ausser an einem Arbeits-

ort, bei welchem der Explorand klare Strukturen und eine Überwachung erhalte (S. 19 Ziffer 15).

**3.1.4** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 26. November 2012 (act. IIA 150) im Wesentlichen folgende Diagnosen auf: Schwere Depression ohne psychotische Symptome mit somatischem Syndrom, agitierte Depression mit Panikzuständen, chronisches Schmerzsyndrom, persistierende Gammopathie bei jahrelang schädlichem Alkoholkonsum, persistierende leichte Depression mit bekannten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und starke psychosoziale Belastungen. Des Weiteren berichtete er von einem gebesserten Gesundheitszustand, vor allem von Seiten der Depression, und teilte mit, der Patient habe nun u.a. gelernt, wo die Grenze des schädlichen Alkoholkonsums sei und eine Reduktion bis auf einen Drittel erreicht (S. 1 Ziffer 1.4). Betreffend der Arbeitsfähigkeit verneinte er grundsätzlich eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. die Erhöhung der Einsatzfähigkeit (S. 2 Ziffer 1.9) und präzisierte, es müsste ein Aufbau des ganzen Organismus von Grund auf erfolgen, damit eine Rückkehr in die Erwerbstätigkeit möglich wäre. Im Moment seien Arbeiten über eine längere Zeit wahrscheinlich maximal zwei Mal zwei Stunden auf den Tag verteilt zumutbar (S. 3 Ziffer 1 f.).

**3.1.5** Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn, kam im Bericht vom 29. Juli 2013 (act. IIA 164) ohne Zweifel zum Schluss, dass der Versicherte einen Alkoholkonsum in einem Ausmass betreibe, der zumindest sehr problematisch sei. Zudem erläuterte er, es scheine eine Tatsache zu sein, dass beim Versicherten eine schleichende dementielle Entwicklung vorliege und der übermässige Alkoholkonsum die wahrscheinlichste Ursache dafür sei. Dies gelte grundsätzlich ebenfalls im Zusammenhang mit der Depression, wobei bei deren Entwicklung auch das Rückenleiden in Betracht gezogen werden müsse. Die Forderung nach einer Alkoholentzugsbehandlung sei somit deshalb gestellt worden, weil davon ausgegangen werden dürfe, dass dadurch in einer angepassten Tätigkeit wahrscheinlich wieder eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit erreicht werden könne (S. 3).

**3.2** 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 29. Mai 2013 (act. IIA 161) resp. im Schreiben vom 2. November 2011 (act. IIA 136) massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 13. Juli 2011 (act. IIA 131) gestützt.

Das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hat sich in seiner Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten (S. 6 ff.) sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen gestützt auf die eigene Exploration (S. 12 ff.) und die Laboruntersuchungen (S. 15) getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur versiche-

rungsrechtlich relevanten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet. Ferner ist das Gutachten für die streitigen Belange umfassend. Der Facharzt legt in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass eine schon lang dauernde Alkoholabhängigkeit sowie eine beginnende Demenz (Korsakow-Syndrom im frühen Stadium) vorliegen und es sich bei der vorhandenen Depression um eine Folge des langjährigen Alkoholkonsums handelt (act. IIA 131 S. 17). Schliesslich führt er überzeugend aus, dass der Beschwerdeführer sowohl in seiner bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig ist und nur noch an einem Arbeitsort mit klaren Strukturen und einer Überwachung eingesetzt werden kann (S. 19 Ziffer 15). Im Übrigen legt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ verständlich und plausibel dar, dass dringend ein Alkoholentzug und eine dauernde Alkoholabstinenz angezeigt sind, um die verminderte Hirnleistung zu verbessern (S. 17). Darauf ist abzustellen, zumal diese Beurteilung im Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2013 (act. IIA 164 S. 3) ihren Rückhalt findet und im Einklang mit der Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 26. November 2012 (act. IIA 150) steht. Überdies wurde denn auch im Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 28. Oktober 2011 (act. IIA 135 S. 4 Ziffer 6) explizit vermerkt, dem Versicherten seien ein Alkoholentzug und bleibende Alkoholabstinenz dringend anzuraten, um das weitere Fortschreiten der demenziellen Entwicklung aufzuhalten und die Hirnleistungen wieder zu verbessern.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, eine Alkoholabhängigkeit läge nicht vor und sei in keiner Art und Weise in den Vorakten erwähnt (Beschwerde S. 4 f. Art. 3), steht dies im klaren Widerspruch zu den vorliegenden medizinischen Unterlagen. Denn Dr. med. C.\_\_\_\_\_ wies bereits in ihren Gutachten vom 1. Februar 2001 (act. IIB 9 S. 5) resp. vom 15. April 2008 (act. IIB 65 S. 10 Ziffer 3) auf einen regelmässigen Konsum von Äthyl hin und auch in den Austrittsberichten des Spitals L.\_\_\_\_\_ vom 5. November 2003 (act. IIB 50 S. 8) resp. vom 18. Juni 2007 (act. IIB 59 S. 5) wurde gestützt auf den erhöhten Leberparameter (CDT 3.2%) explizit ein chronischer Alkoholkonsum diagnostiziert. Dass während dem Aufenthalt in der Klinik H.\_\_\_\_\_ kein erhöhter CDT-Wert nachgewiesen werden konnte (act. IIA 128 S. 2), vermag gestützt auf die vorgenannten Arztberichte an der Tatsache der Alkoholabhängigkeit nichts zu ändern, zumal die

Ergebnisse der Klinik H. \_\_\_\_\_ lediglich die letzten 14 Tage vor der Hospitalisation umfassen. Des Weiteren kann auch dem Einwand (Beschwerde S. 5), im Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ seien die Auswirkungen der einzunehmenden Medikamente auf die Leberwerte ausser Acht gelassen worden, nicht gefolgt werden. Dies weil der Alkoholkonsum seit Jahren belegt werden kann und bereits in einem Zeitpunkt festgestellt wurde (vgl. hierzu act. IIB 50 S. 8), als der Beschwerdeführer noch keine Psychopharmaka eingenommen hat.

Gestützt auf die vorliegenden Arztberichte gilt es zudem festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt hinreichend erstellt ist und von einem externen Gutachten – wie vom Beschwerdeführer eventualiter beantragt (Beschwerde S. 5) – keine fallrelevanten Erkenntnisse mehr zu erwarten wären. Weitere Abklärungen erübrigen sich somit (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

#### **4.**

Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer seine Schadenminderungspflicht im Sinne des Art. 21 Abs. 4 ATSG resp. Art. 7 IVG verletzt hat (vgl. E. 2.4 hiervor), da er – entgegen der Aufforderung der Beschwerdegegnerin (act. IIA 136) – keine Alkoholentzugsbehandlung gemacht hat.

**4.1** Eine vorübergehende oder dauernde Kürzung oder Verweigerung der Leistung wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht setzt vorab die Zumutbarkeit der (unterbliebenen) Eingliederungsmassnahme voraus (vgl. E. 2.2 f. hiervor).

Diesbezüglich führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 13. Juli 2011 (act. IIA 131 S. 17) begründet und nachvollziehbar aus, dass dringend ein Alkoholentzug und ein dauerndes alkoholfreies Leben indiziert sind, um die Hirnleistungen wieder zu verbessern. Daraus folgt, dass die genannte Massnahme in medizinisch-theoretischer Sicht insbesondere eine Verbesserung des Gesundheitszustandes mit sich bringen könnte. Ob sich das Potential im vorliegenden Fall tatsächlich realisieren lässt und auch zu einer Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führt, kann

jedoch erst nach Durchführung des Entzuges eruiert werden. Des Weiteren sind den vorliegenden Akten keine Anhaltspunkte zu entnehmen, die gegen eine Alkoholentzugsbehandlung sprechen würden, zumal die Beschwerdegegnerin im Schreiben vom 2. November 2011 (act. IIA 136 S. 2) explizit Raum für deren Durchführung liess und einen stationären Entzug nur für notwendig erachtete, sofern keine ambulante Abstinenz erreicht werden kann. Dass der angeordnete Entzug eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen würde (Art. 21 Abs. 4 Satz 3 ATSG), wurde zudem ebenfalls in keiner Art und Weise von den behandelnden Ärzten angedeutet. Letztlich legte denn auch der Beschwerdeführer nicht stichhaltig dar, inwiefern für ihn die angeordnete Therapie unzumutbar sein soll. Der Einwand in der Stellungnahme vom 7. März 2014 (S. 2), eine Monate lange Abwesenheit sei ihm nicht zumutbar, da er seine Ehefrau nicht alleine im Haus zurücklassen könne, vermag an der Zumutbarkeit der angeordneten Massnahme jedenfalls nichts zu ändern. Dies weil – wie in Erwägung 2.3 hiervoor ausgeführt – nur gesundheitliche Gründe des Beschwerdeführers selbst dazu führen könnten, dass die angeordnete Massnahme als unzumutbar erachtet wird. Zudem geht es nicht an – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführte (vgl. Verfügung vom 29. Mai 2013, act. IIA 161) –, dass der Beschwerdeführer wegen der Pflege der Ehefrau seine eigene Gesundheit weiterhin schädigt und infolge dessen Leistungen der IV bezieht.

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich geltend macht (vgl. Stellungnahme vom 7. März 2014, S. 2), ein stationärer Entzug sei nicht die einzig angemessene Massnahme und eine ambulante ärztliche Betreuung zur Verbesserung der Leberwerte könne durchaus über die Hausarztpraxen durchgeführt werden, kann ihm nicht gefolgt werden. Gemäss den Angaben von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, welche sich hauptsächlich auf die Aussagen des Beschwerdeführers stützen, führte die ambulante Behandlung lediglich zu einer Reduktion des Alkoholkonsums (act. IIA 150 S. 1 Ziffer 1.4). Das Ziel einer vollständigen Alkoholabstinenz konnte demnach auf diesem Weg nicht erreicht werden. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ hat den Beschwerdeführer folglich denn auch ans Ambulatorium der Klinik G.\_\_\_\_\_ verwiesen (act. IIA 152).

Aus dem Dargelegten folgt, dass die angeordnete Alkoholentzugsbehandlung medizinisch indiziert und zumutbar ist. Da während der ambulanten Behandlung keine Alkoholabstinenz erreicht werden konnte, ist zudem ein stationärer Entzug ohne weiteres angemessen.

**4.2** Weiter setzt Art. 21 Abs. 4 ATSG voraus, dass sich die versicherte Person der angeordneten Massnahme widersetzt, entzogen oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare beigetragen hat.

Im Schreiben vom 2. November 2011 (act. IIA 136 S. 2) wurde der Beschwerdeführer aufgefordert, sich einer Alkoholentzugsbehandlung zu unterziehen. Des Weiteren ergänzte die Beschwerdegegnerin, sofern keine ambulante Abstinenz erreicht werden könne, sei ein stationärer Entzug in einer spezialisierten Institution notwendig. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ gab am 26. November 2012 (act. IIA 150) an, der Patient habe den Alkoholkonsum auf einen Drittel reduziert und fügte im Bericht vom 24. Januar 2013 (act. IIA 152) hinzu, ob ein Alkoholentzug gemacht worden sei, könne er nicht sagen; er habe den Patient ans Ambulatorium der Klinik G.\_\_\_\_\_ verwiesen. Gestützt auf die daraufhin erfolgte Mitteilung des Beschwerdeführers (act. IIA 154), ein Eintritt in die Klinik sei nicht vorgesehen, ist unbestrittenermassen erwiesen, dass die angeordnete Massnahme nicht durchgeführt wurde und sich der Beschwerdeführer bewusst der konkreten Anordnung widersetzte resp. die zumutbare Behandlung immer noch verwehrt. Da keine entschuldbaren (medizinischen) Gründe der Eingliederungsmassnahme entgegenstehen, ist das vorausgesetzte Verweigerungsverhalten gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG ohne weiteres erfüllt.

**4.3** Ferner ergeht aus den Akten, dass die Beschwerdegegnerin das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG korrekt durchgeführt hat (E. 2.4 hiervor). So forderte sie den Beschwerdeführer am 2. November 2011 (act. IIA 136) schriftlich zu einer Alkoholentzugsbehandlung auf und verlangte bis am 23. November 2011 verschiedene Angaben zu deren Durchführung. Des Weiteren wies sie – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 4 Art. 2) – unmissverständlich darauf hin, dass bei Nichtbefolgung der Anordnung Leistungen – hier die IV-Rente – gekürzt oder verweigert werden können. Mit Schreiben vom 1. Februar 2013 (act. IIA 153) erkundigte sich die Beschwerdegegnerin sodann über

den Stand der angeordneten Massnahme und erliess hierauf den Vorbescheid (act. IIA 155) resp. die angefochtene Verfügung vom 29. Mai 2013 (act. IIA 161). Ein weiterer Schriftenwechsel oder sogar eine zweite Androhung (vgl. Beschwerde S. 4 Art. 2) musste daher gestützt auf die eindeutige Sachlage resp. gestützt auf das klar formulierte Schreiben vom 2. November 2011 (act. IIA 136) nicht mehr erfolgen. Dass zwischenzeitlich mit Verfügung vom 4. April 2012 (act. IIA 145) eine ganze Rente zugesprochen und Ende 2012 ein Revisionsverfahren eingeleitet wurde, hat überdies keinen Einfluss auf die Einhaltung der Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht.

**4.4** Folglich hat der Beschwerdeführer seine Schadenminderungspflicht gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG resp. Art. 7 IVG verletzt.

## **5.**

**5.1** Die Rechtsfolge einer Verletzung von Art. 21 Abs. 4 ATSG ist die vorübergehende oder dauernde Kürzung oder Verweigerung der Leistung (E. 2.4 hiervor).

Bei der Festlegung der Rechtsfolgen ist dem Verhältnismässigkeitsprinzip Beachtung zu schenken. Dieses hat bei der Sanktionsbestimmung nach Art. 21 Abs. 4 ATSG deshalb Bedeutung, weil sich die Kürzung bzw. Verweigerung nur auf diejenigen Leistungen beziehen kann, die – bei Wahrnehmung der zu fordernden Schadenminderung – durch die Sozialversicherung nicht zu erbringen gewesen wären. Gegebenenfalls ist deshalb eine Rente nur teilweise zu kürzen (UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 2. Aufl. 2009, Art. 21 N. 93 f.). Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind zudem alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen (Art. 7b Abs. 3 IVG).

**5.2** Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer bei korrekter Beachtung der Schadenminderungspflicht weiterhin Anspruch auf eine – allenfalls gekürzte – IV-Rente gehabt hätte.

Wie bereits in Erwägung 4.1 hiavor dargelegt, hat Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 13. Juli 2011 (act. IIA 131 S. 17) – auf welches vorliegend abzustellen ist – schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass ein Alkoholentzug und ein dauerndes alkoholfreies Leben dringend angezeigt sind, um die Hirnleistungen und damit ebenfalls die beginnende Demenz bzw. das Korsakow-Syndrom wieder zu verbessern resp. zu stabilisieren. Zudem führte er überzeugend und nachvollziehbar aus, dass es sich bei der Depression um eine Folge des Alkoholkonsums handelt. Demnach ist davon auszugehen, dass mit der angeordneten Massnahme sowohl in somatischer wie auch in psychischer Hinsicht eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden könnte. Ob und gegebenenfalls in welchem Umfang der Beschwerdeführer in der Vergangenheit wie auch in der Zukunft nach korrekter Durchführung der angeordneten Massnahme an den Folgen einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten gesundheitlichen Einschränkung leidet bzw. ob er Anspruch auf Leistungen der IV hat, kann zurzeit weder retrospektiv noch prospektiv beurteilt werden. Insbesondere ist – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 3) – die ganze Rente nicht nur auf eine halbe Rente zu kürzen. Dies weil, wie den Beurteilungen von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und des RAD-Arztes Dr. med. K. \_\_\_\_\_ übereinstimmend entnommen werden kann (act. IIA 131 S. 17; 164 S. 3), der regelmässige Alkoholkonsum einen wesentlichen Einfluss sowohl auf die somatischen als auch auf die psychischen Einschränkungen hat und demnach die Auswirkungen eines Alkoholentzuges auf den gesamten Gesundheitszustand nicht abgeschätzt werden können. Dass – wie in der Beschwerdeantwort ausgeführt (S. 3) – die halbe Rente nur aufgrund somatischer Beschwerden zugesprochen wurde und ein Alkoholentzug diesbezüglich keine Verbesserung bringen könnte, kann nicht belegt werden und entspricht nicht den vorliegenden Akten. So kann nämlich den medizinischen Berichten (vgl. u.a. act. IIB 19 S. 3; 50 S. 36, 53, 56, 61; 65 S. 12 f.), welche für die Gewährung der halben Rente grundlegend waren, nicht entnommen werden, dass es sich damals um einen rein somatischen und gefestigten Gesundheitszustand handelte. Vielmehr wurde neben den somatischen Rückenbeschwerden ebenfalls die Problematik eines psychosomatischen und psychischen Geschehens postuliert und vordergründig jeweils ein zervikales und lumbales Schmerzsyndrom diagnostiziert (act. IIB 65 S. 12 f.). Inwiefern der Alkoholentzug auf diese Pro-

blematiken einwirkt, ist demnach momentan ebenfalls nicht abschätzbar. Zudem ist zu berücksichtigen, dass sich der Beschwerdeführer ohne stichhaltigen Grund gegen die Eingliederungsmassnahme wehrte, weshalb das Ausmass seines Verschuldens als hoch einzustufen ist (vgl. dazu Art. 7b Abs. 3 IVG). Folglich wurde die ganze IV-Rente zu Recht eingestellt und nicht nur zur Hälfte gekürzt.

**5.3** Letztlich bleibt festzuhalten, dass eine nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens erlassene Verfügung auf Einstellung der IV-Rente für die Zukunft nur eine beschränkte Wirkung entfaltet. Sobald die betroffene Person ihre verweigernde Haltung aufgibt und ihren Willen bekundet, an den angeordneten Massnahmen korrekt teilzunehmen, ist ab diesem Zeitpunkt mit Wirkung für die Zukunft zu prüfen, ob auf die bisherige Kürzung bzw. Verweigerung der Leistung zurückzukommen ist. Die nach Erlass der Einstellungsverfügung erklärte Bereitschaft zur Massnahme macht das Verweigerungsverhalten, welches zur Verfügung gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG geführt hat, jedoch nicht ungeschehen (vgl. Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 22. März 2010, 9C\_994/2009, E. 5.1).

**5.4** Folglich hat die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete ganze IV-Rente des Beschwerdeführers zu Recht mit Verfügung vom 29. Mai 2013 (act. IIA 161) wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht (vorübergehend) eingestellt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist demnach unbegründet und deshalb abzuweisen.

## **6.**

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen

(Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

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

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.