

200 13 809 IV  
FUR/TOZ/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 23. Mai 2014**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Tomic

A. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügungen vom 13. August 2013 und vom 2. September 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1958 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 7. November 2003 bei der Invalidenversicherung zum Rentenbezug an (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 1). Nach Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht (insb. ein vom Kollektivtaggeldversicherer eingeholter Bericht von Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, vom 19. Januar 2004 [act. II 8] und ein Gutachten der Psychiatrischen Dienste C. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2004 [act. II 19]) und zweifacher Aufforderung zur Schadenminderung (in Form einer medikamentösen antidepressiven und psychotherapeutischen Behandlung; AB 20 und 23) sprach die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdeggegnerin) mit Verfügung vom 22. März 2006 (act. II 39) bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 96 % eine ganze Invalidenrente ab dem 1. Februar 2004 zu. Daran hielt sie auf Einsprache der Pensionskasse D. \_\_\_\_\_ (Berufsvorsorgeversicherer des Versicherten) hin mit Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2006 (act. II 49) fest. Der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente wurde in den Folgejahren zwei Mal revisionsweise bestätigt (Mitteilungen vom 29. Mai 2007 und 25. Februar 2011; act. II 56 und 65).

### **B.**

Mit Schreiben vom 21. März 2012 (act. II 68) gelangte die Pensionskasse D. \_\_\_\_\_ an die Invalidenversicherung und stellte ein Revisionsgesuch mit dem Antrag, gestützt auf das von ihr veranlasste Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 18. Februar 2012 (act. II 68 S. 11 ff.) sei die Invalidenrente des Versicherten aufzuheben. Nach Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 24. Juli 2012 (act. II 69) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 19. September 2012 (act. II 76) die Aufhebung der ganzen Rente mit Wirkung ab dem ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats in Aussicht, dies unter Hinweis auf die Weiterausrichtung der Rente für längstens zwei Jahre ab dem Zeit-

punkt der Aufhebung der Rente im Falle der Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen. Dagegen erhob der Versicherte Einwand (act. II 77), wobei er sich mit der Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen einverstanden erklärte (act. II 81). Am 20. Februar 2013 erteilte die IVB Kostengutsprache für ein vom 4. März bis 26. Mai 2013 dauerndes Belastbarkeitstraining in der Abklärungsstelle F.\_\_\_\_\_ (act. II 89); diese Massnahme wurde in der Folge bis 18. August 2013 verlängert (act. II 96). Mit Verfügung vom 13. August 2013 (act. II 101) nahm die IVB die in Aussicht gestellte Rentenaufhebung vor. Mit Verfügung vom 2. September 2013 (act. II 108) hielt sie fest, dass der Versicherte an Wiedereingliederungsmassnahmen teilnehme und die ganze Invalidenrente ab dem 1. Oktober 2013 bis zum Abschluss der Wiedereingliederung, längstens jedoch während zwei Jahren weiter ausgerichtet werde.

### **C.**

Gegen die Verfügung vom 13. August 2013 erhob der Versicherte am 16. September 2013 Beschwerde und beantragte die Weiterausrichtung der bisherigen Invalidenrente, unter Aufhebung des ergangenen Verwaltungsaktes. Im Weiteren stellte er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Nach entsprechender Aufforderung durch die Instruktionsrichterin reichte der Beschwerdeführer am 3. Oktober 2013 Unterlagen zur Prozessbedürftigkeit ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingaben vom 22. Oktober 2013, 4. November 2013 und 12. November 2013 reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein.

Mit Ergänzung zur Beschwerdeantwort vom 7. Januar 2014 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem gestellten Rechtsbegehren fest und führte aus, eine Aufhebung der bisherigen Invalidenrente wäre auch im Rahmen einer Rentenrevision nach Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen

Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) möglich gewesen.

Am 27. Januar 2014 reichte der Beschwerdeführer aktuelle Unterlagen zur Prozessbedürftigkeit ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 28. Februar 2014 wies die Instruktionsrichterin darauf hin, dass die hier angefochtene Rentenaufhebung unter dem Titel von Art. 17 ATSG (und nicht wie verfügt unter dem Titel der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]) zu prüfen sei, machte den Beschwerdeführer deshalb auf eine mögliche Schlechterstellung (sog. Reformatio in peius) aufmerksam und bot ihm Gelegenheit zur Stellungnahme bzw. zum Rückzug der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 20. März 2014 hielt der Beschwerdeführer an seiner Beschwerde fest.

Am 13. Mai 2014 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 (VRPG; BSG 155.21) statt.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a GSOG Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdi-

ges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Mit der angefochtenen Verfügung vom 13. August 2013 (act. II 101) wurde die Rentenaufhebung per Ende September 2013 angeordnet, womit im Beschwerdeverfahren grundsätzlich einzig die Rechtmässigkeit der Rentenaufhebung auf diesen Zeitpunkt zu prüfen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164). Indessen kann nach der Rechtsprechung das verwaltungsgerichtliche Beschwerdeverfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, d.h. ausserhalb des durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozessklärung geäussert hat (BGE 130 V 501 E. 1.2 S. 503, 122 V 34 E. 2a S. 36; SVR 2012 IV Nr. 35 S. 137 E. 3.1). Im Übrigen wird die richterliche Überprüfungsbefugnis vorliegend nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Renten-Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 131 V 164 E. 2.2 S. 165 mit Hinweis). Dies hat auch zu gelten, wenn die Verwaltung über den Rentenanspruch in mehreren Verfügungen befunden hat. Mit Verfügung vom 2. September 2013 (act. II 108) hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer trotz der grundsätzlichen Renteneinstellung per Ende September 2013 deren Weiterausrichtung unter einem anderen Titel bis längstens Ende September 2015 (zwei Jahre) mitgeteilt, soweit der Beschwerdeführer an Wiedereingliederungsmassnahmen teilnehme. Mit prozessleitender Verfügung vom 28. Februar 2014 wurde der Beschwerdeführer auf eine Prüfung der Rentenaufhebung unter dem Titel von Art. 17 ATSG und damit einhergehend auf eine mögliche Schlechterstellung in Bezug auf die am 2. September 2013 verfügte Weiterausrichtung der Rente im Falle der Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen von längstens zwei Jahren hingewiesen; damit wurde ihm eine Ausdehnung des Verfahrens auf die Verfügung vom 2. September 2013 angezeigt. Nachdem sich beide

Parteien dazu äussern konnten bzw. geäussert haben (vgl. Beschwerdeantwort und Eingabe des Beschwerdeführers vom 20. März 2014), kann im vorliegenden Verfahren auch über die Verfügung vom 2. September 2013 befunden werden.

**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 die Entscheide 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).

**2.1.1** 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).

**2.1.2** Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1

S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354).

**2.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmass-

nahmen 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).

**2.4** Ändert sich der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Juli 2013, 8C\_441/2012, E. 3.1.1).

Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369, SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls - sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden - ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; Entscheid des BGer vom 25. Juli 2013, 8C\_441/2012, E. 3.1.2).

**2.5** Gemäss lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; in Kraft seit 1. Januar 2012) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttre-

ten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind (Abs. 1). Davon nicht erfasst sind Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (Abs. 4).

**2.6** Um den IV-Grad 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

Da im Rahmen der in den Jahren 2007 und 2011 durchgeführten Revisionen keine umfassende materielle Überprüfung des Leistungsanspruchs vorgenommen wurde (vgl. Mitteilungen vom 29. Mai 2007 und 25. Februar 2011; act. II 56 und 65), ist in materieller Hinsicht der Sachverhalt im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. August 2013 (act. II 101) mit demjenigen im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 15. Dezember 2006 (act. II 49) zu vergleichen (vgl. E. 2.4 hiavor).

**3.1** Der Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2006 (act. II 49) stützte sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf den Bericht von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 19. Januar 2004 (act. II 8) und das Gutachten der Psychiatrischen Dienste C. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2004 (act. II 19).

Dr. med. B. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 19. Januar 2004 fest, dass aus neurochirurgischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (act. II 8 S. 6 f.).

Im Gutachten der Psychiatrischen Dienste C. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2004 (act. II 19) wurde als Diagnose eine agitierte Depression mit somatoformem Beschwerdebild (ICD-10 F32.11) genannt. Der Beschwerdeführer sei sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsunfähig (act. II 19 S. 9 f.). Die Beeinträchtigungen liessen sich durch eine suffiziente antidepressive Behandlung und eine fachpsychiatrische Betreuung, gegebenenfalls durch eine stationäre Behandlung, vermindern. Es bestehe Hoffnung auf eine Rückkehr zur bisherigen Tätigkeit (act. II 19 S. 10).

**3.2** Der angefochtenen Verfügung vom 13. August 2013 (act. II 101) liegen insbesondere folgende medizinische Akten zu Grunde:

**3.2.1** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 18. März 2005 (act. II 52 S. 9 ff.) eine arterielle Hypertonie sowie ein Wolff-Parkinson-White-Syndrom (WPW-Syndrom; act. II 52 S. 9). Beim Beschwerdeführer zeige sich keine kardiale Ursache für die angegebene Anstrengungsatemnot, die Symptomatik sei am ehesten durch eine muskuläre Dekonditionierung resp. zusätzlich durch eine somatoforme Schmerzstörung bedingt. Es bestünden keine Hinweise für eine koronare Herzkrankheit. Der Arzt empfahl ein konservatives Vorgehen sowie eine Weiterführung der antihypertensiven Therapie (act. II 52 S. 10).

**3.2.2** Im Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 14. November 2006 (act. II 52 S. 4) wurde ein Schlafapnoe-Syndrom festgehalten. Dem Beschwerdeführer gehe es unter der CPAP-Therapie im Wesentlichen unverändert. Die persistierenden Tagesbeschwerden (Tagesmüdigkeit) könnten nicht durch das aktuell genügend gut behandelte Schlafapnoe-Syndrom erklärt werden; hierfür dürfte am ehesten die Durchschlafinsomnie verantwortlich sein.

**3.2.3** Dem Bericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 19. April 2007 (act. II 62 S. 20 f.) ist zu entnehmen, dass anamnestisch eine Blockwirbelbildung von C2/3 sowie Osteochondrosen auf verschiedenen Etagen, ohne massive Diskushernie, vorlägen. Klinisch bestehe Verdacht auf eine Facettenarthrose im Rahmen einer kongenitalen ossären Störung (act. II 62 S. 21). Am 22. Juni 2007 wurde eine Gelenksinfiltration durchgeführt (act. II 62 S. 15).

**3.2.4** Im Bericht vom 23. Januar 2008 (act. II 62 S. 13) führte Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, aus, dass die Neurographien des Nervus ulnaris beidseits normal seien. Es bestünden keine Hinweise für eine Kompressionsneuropathie des Nervus ulnaris, auch nicht im Sulcusbereich. Sodann lägen keine Anhaltspunkte für ein Carpal tunnel syndrome, eine Radikulopathie oder eine Polyneuropathie vor. Mangels objektiver Befunde könnten die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (Einschlafgefühle im Ring-/Kleinfinger beidseits; act. II 62 S. 13) auch Ausdruck von Hyperventilationen bei anamnestisch häufigen Angstzuständen sein. Allerdings könne eine intermittierende, aber angesichts der normalen neurographischen Befunde weiter nicht behandlungsbedürftige Nervenreizung im Ellbogenbereich nicht ganz ausgeschlossen werden (act. II 62 S. 14).

**3.2.5** Im Bericht des Spitals H.\_\_\_\_\_, Pneumologie, vom 8. Februar 2008 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 6) wurden als Diagnosen unter anderem ein Schlafapnoe-Syndrom sowie eine Ein- und Durchschlafinsomnie bei chronischem Schmerzsyndrom genannt. Es lägen weder eine kardi-ale noch eine pulmonal-mechanische Limitierung und auch keine Gasaustauschstörung unter Belastung vor. Die Ursache der Anstrengungsdyspnoe bleibe weiterhin unklar.

**3.2.6** Der Hausarzt, Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 10. Januar 2011 (act. II 62 S. 1 f.) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Depression und eine Nackenproblematik. Der Gesundheitszustand sei stationär. Es liege inzwischen ein chronifizierter Verlauf vor. Der Zustand sei insgesamt stabil schlecht, jedoch unterbrochen von kürzeren, leicht besseren Phasen (act. II 62 S. 1).

**3.2.7** Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Bericht vom 21. Februar 2011 (act. II 64) einen verschlechterten Gesundheitszustand fest. Es liege eine mittelschwere depressive Störung mit Somatisierungstendenz vor. Ein ängstlich-vermeidendes Verhalten mit hypochondrischen und sozialen Ängsten sowie sozialem Rückzug stehe immer mehr im Vordergrund. Des Weiteren bestehe eine psychosoziale Belastungssituation (act. II 64 S. 1).

**3.2.8** Im Gutachten vom 18. Februar 2012 (act. II 68 S. 11 ff.) diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sowie eine rezidivierende depressive Störung, derzeit in Remission (ICD-10 F33.4; act. II 68 S. 28). Aus psychiatrischer Sicht liege eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor (act. II 68 S. 29 f.). Der Beschwerdeführer sei nicht depressiv und habe auch keine Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gezeigt. Er habe locker über die Kriegereignisse und die Geschehnisse am Arbeitsplatz berichten können, hierbei habe er keine vegetativen Reaktionen gezeigt (act. II 68 S. 30). Er sei seit mehreren Jahren in psychiatrischer Behandlung (auch stationär und teilstationär). Diese habe offenbar zur Stabilisierung und Gesundung geführt (act. II 68 S. 31). Der Beschwerdeführer gehe derzeit alle sechs Wochen in psychiatrische Behandlung. Da er momentan nicht depressiv sei, nehme er das Antidepressivum nicht wie verordnet ein. Das von ihm angegebene Analgetikum sei im Blut nicht nachweisbar gewesen (act. II 68 S. 30). Der Gutachter hielt weiter fest, der Entscheid der Invalidenversicherung sei nach Studium der Akten nicht gänzlich nachvollziehbar; in die Beurteilung seien auch psychosoziale Belastungsfaktoren (Konflikt am Arbeitsplatz) miteinbezogen worden. Eine Kränkung am Arbeitsplatz bedinge keine dauernde Arbeitsunfähigkeit. Es sei dem Beschwerdeführer zumutbar, sich von dieser Kränkung zu lösen, zumal er psychotherapeutisch begleitet werde. Gleicher Meinung seien offenbar auch die Gutachter der Psychiatrischen Dienste C. \_\_\_\_\_ gewesen, die mit Blick auf die medizinischen Massnahmen eine positive Prognose gestellt hätten (act. II 68 S. 29 f.). Aus rein psychiatrischer Sicht könnte der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als ... resp. jegliche Tätigkeit wieder aufnehmen (act. II 68 S. 33). Aufgrund der langen Absenz vom Erwerbsleben und der Dekonditionierung sei die Wiedererlangung einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit in sechs Monaten zu erwarten (act. II 68 S. 30).

**3.2.9** Hierzu nahm Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD, am 24. Juli 2012 Stellung und kam zum Schluss, das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sei nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne. Wegen langer Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und Dekonditionierung könne mit der Wiedererlangung der

vollständigen Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit nach einer Angewöhnungszeit von sechs Monaten gerechnet werden (act. II 69 S. 5).

**3.2.10** Die MRI-Untersuchung der LWS vom 14. Juni 2013 (act. I 3) ergab eine fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 mit zirkulärem Discbulging bzw. flacher dorsomedianer und rechts foraminal/extraforminaler subligamentärer Diskushernie und begleitender Spondylose, mit möglicher Reizung der L5-Wurzel rechts bei relativer Foramenstenose L5 beidseits. Intrapinal liege keine Neurokompression vor. Es bestehe eine leicht- bis mittelgradige Spondylarthrose. Es liege kein enger Kanal vor (S. 1).

Die gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS (act. I 3 S. 2) zeigte eine minime linkskonvexe Skoliose, einen kongenitalen Blockwirbel C3/4 sowie eine leichtgradige Osteochondrose zwischen HWK4 und BWK1, beginnend C2/3 mit dorsalem Discbulging bzw. flachen Diskushernien ohne Neurokompression. Es bestehe eine leichtgradige Spondylarthrose. Es lägen weder ein enger Kanal noch eine relevante Foramenstenose vor. Das Rückenmark sei intakt. Es bestehe keine signifikante Befundänderung seit 2003.

**3.2.11** Dem Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2013 (act. I 5) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer weiterhin von der durchgeführten CPAP-Therapie profitiere. Hierbei klage er aber unverändert über eine vermehrte Müdigkeit und Schlafkrisen tagsüber. Die vermehrten Tagesbeschwerden könnten nicht von Seiten des weiterhin gut behandelten Schlafapnoe-Syndroms erklärt werden. Empfohlen werde das Weiterführen der CPAP-Therapie.

**3.2.12** Der Chiropraktor, Dr. N. \_\_\_\_\_, hielt im Bericht vom 5. November 2013 (in den Gerichtsakten) als Diagnosen ein Lumbovertebralsyndrom bei fortgeschrittener Osteochondrose L5/S1 mit zeitweiliger Reizung der L5-Wurzel bei relativer Foramenstenose L5 beidseits sowie ein Zervikalsyndrom bei kongenitalem Blockwirbel C3/4 und mässiger Osteochondrose C2/3, C4/5, C5/6 sowie C6/7 fest. Der Beschwerdeführer stehe seit 2003 in chiropraktischer Behandlung (Behandlungsabstand: 3 Wochen). Ziel der Behandlung sei Mobilisation, Stabilisation sowie Entspannung.

**3.2.13** Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt als Diagnosen im Bericht vom 10. November 2013 (act. I 8) chronisch fluktuierende agitiert-depressive Störungen, ein chronisch rezidivierendes HWS- und LWS-Syndrom, rezidivierende stress- und belastungsbedingte Herzrhythmusstörungen, ein Schlafapnoe-Syndrom sowie eine arterielle Hypertonie fest. Bereits seit längerer Zeit bestehe eine stark eingeschränkte Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten. Die bisherigen Bemühungen der Invalidenversicherung (progressives Arbeitstraining) hätten offensichtlich zu keiner Verbesserung der Arbeitsfähigkeit geführt. Aufgrund der bisherigen Krankheits- und Therapieentwicklung sei aus psychiatrischer Sicht, gegenwärtig und in absehbarer Zeit, kaum mit einer anhaltenden gesundheitlichen Verbesserung bzw. Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

**3.2.14** Im Bericht vom 20. Dezember 2013 (in den Gerichtsakten) führte Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, RAD, aus, die beim Beschwerdeführer bestehende arterielle Hypertonie habe bisher zu keinen Herzkomplicationen geführt. Beim WPW-Syndrom handle es sich um eine angeborene Besonderheit im Reizleitungssystem des Herzens („akzessorisches Bündel“), welche gelegentlich zu tachykarden Episoden führen könne. Sie sei in der Regel harmlos. Falls störende Tachykardien auftreten sollten, könnte das Bündel via Herzkatheter zerstört werden. Eine Invalidität lasse sich daraus jedoch nicht ableiten. Eine organische Lungenkrankheit sei nicht dokumentiert. Was das seit 2006 bekannte Schlafapnoe-Syndrom angehe, so sei der Therapieeffekt durch die CPAP-Maske vom Pneumologen mehrfach kontrolliert worden und es hätten keine Atemstörungen mehr beobachtet werden können. Die Diagnose eines Diabetes werde einzig in der Beschwerdeschrift aufgeführt. Da die betreuenden Ärzte diese Diagnose nicht erwähnen, handle es sich mit Sicherheit um keine relevante Form der Diabeteserkrankung (S. 2). Die MRI-Untersuchung der HWS vom 14. Juni 2013 zeige im Vergleich zur Voruntersuchung im Jahr 2003 einen stationären Befund. Bereits damals habe der Rheumatologe, Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, festgestellt, dass eine Fehllagerung der HWS mit konsekutiver Brustkyphosierung bestehe, welche zu einer Überlastung der kleinen Wirbelgelenke führe. Die Behandlung habe in konservativen Massnahmen (Muskeltraining, Haltungskorrektur) bestanden

(Bericht vom 6. Juni 2003; act. II 6 S. 13). In Übereinstimmung mit diesem Befund habe der damalige Hausarzt, Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, im Jahr 2003 festgestellt, dass die Tätigkeit als ... ungeeignet sei (Bericht vom 6. April 2003; act. II 6 S. 1). Diese Beurteilung sei nachvollziehbar, da die Tätigkeit im ... für den Schultergürtel belastend sei. Die neu geltend gemachten degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS seien mässig ausgeprägt, es bestehe keine Neurokompression. Auch hier wäre eine aktive Physiotherapie mit Kräftigung der Haltemuskulatur indiziert. Der Beschwerdeführer werde durch einen Chiropraktor behandelt, was allfällige Beschwerden von Seiten einer überlasteten Muskulatur kurzfristig bessern könne, langfristig aber zu keinem Erfolg führe. Der Chiropraktor beschreibe keinen einzigen Befund, welcher eine Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit begründen könnte. Die bisherige Tätigkeit als ... sei - wie erwähnt - ungeeignet. Hingegen bestehe in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, angepassten Tätigkeit (in Wechselposition, unter Einhaltung der Rückenergonomie, seltene Arbeiten über Schulterhöhe [nur wenige Minuten], Arbeiten bis Schulterhöhe ebenfalls nur wenige Minuten, Gewichtslimite repetitiv 5 kg bzw. gelegentlich bis 10 kg) eine volle Arbeitsfähigkeit; beginnend mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % mit Steigerung innerhalb von drei Monaten auf 100 % (S. 3).

Der RAD-Psychiater Dr. med. M. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 23. Dezember 2013 (in den Gerichtsakten) fest, in psychiatrischer Hinsicht hätten sich seit dem RAD-Bericht vom 24. Juli 2012 (act. II 69) keine neuen Gesichtspunkte ergeben.

**3.3** 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).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 13. August 2013 (act. II 101) massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 18. Februar 2012 (act. II 68 S. 11 ff.) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiavor), weshalb diesem volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Wie sich nachfolgend ergibt, sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum aktuellen psychischen Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet, so dass darauf - was die psychiatrische Seite angeht - abzustellen ist. Demnach hat sich das Beschwerdebild in psychiatrischer Hinsicht seit dem Gutachten der C. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2004 (act. II 19) bzw. dem Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2006 (act. II 49) insofern verändert bzw. verbessert, als das damals festgestellte depressive Geschehen zwischenzeitlich remittiert ist (act. II 68 S. 28 f. und 30). Daraus ergibt sich, dass im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3 hiavor) eine Veränderung bzw. Verbesserung der psychischen Gesundheitssituation eingetreten ist. Hinzu kommen in somatischer Hinsicht die (gegenüber der letzten Beurteilung im Jahr 2003; act. II 8 S. 3) neu aufgetretenen degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS (vgl. act I 3). Damit ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes zu bejahen und

der Rentenanspruch ist in der Folge nicht - wie von der Beschwerdegegnerin vorgenommen - unter dem Titel der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG, sondern unter jenem von Art. 17 ATSG und somit umfassend zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200).

**3.5** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hat im Gutachten vom 18. Februar 2012 (act. II 68 S. 11 ff.) nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass die rezidivierende depressive Störung - dank erfolgreicher psychiatrischer Behandlung - im Begutachtungszeitpunkt remittiert war (act. II 68 S. 28 und 31). Neben Anamnese, Psychostatus und Untersuchungsbefund hat sich der Gutachter in seiner Expertise ausführlich mit den bisherigen psychiatrischen Berichten auseinandergesetzt, wobei er keinerlei Symptome für ein depressives Geschehen hat finden können (act. II 68 S. 29 f.). Weiter hat der Gutachter einleuchtend begründet, weshalb die diagnostischen Kriterien einer PTBS nicht erfüllt seien (act. II 68 S. 30). Er vermochte keine auf eine PTBS hinweisenden Merkmale im Sinne von Vermeidungsverhalten in Bezug auf Situationen, welche an die Belastung (Kriegsereignisse, Geschehnis am Arbeitsplatz) erinnern, zu erkennen (zur PTBS gemäss den ICD-Leitlinien: vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. Aufl. 2011, S. 207 f.). Solche wurden denn auch weder von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ noch von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ dargelegt bzw. im Einzelnen diskutiert (vgl. act. II 64 und I 8). Was die diagnostizierte Somatisierungsstörung angeht (act. II 68 S. 28), so kommt dieser im Lichte der diesbezüglichen Rechtsprechung (E. 2.1.2 hiervor) keine invalidisierende Wirkung zu. Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer liegt gestützt auf die überzeugende gutachterliche Beurteilung im hier zu beurteilenden Fall nicht (mehr) vor; das depressive Geschehen ist derzeit remittiert (act. II 68 S. 28 und 30 f.). Weiter sind die sog. Foerster-Kriterien nicht bzw. nicht in hinreichendem Mass erfüllt. Zunächst ist keine auffällige prämorbid Persönlichkeitsstruktur gegeben. Zwar liegen körperliche Begleiterscheinungen (vgl. die Ausführungen hiernach) vor, doch wirken sich diese gemäss der überzeugenden RAD-ärztlichen Beurteilung vom 20. Dezember 2013 (in den Gerichtsakten) in einer Verweistätigkeit nicht aus. Sodann kann angesichts der nicht ausgeschöpften Therapiemöglichkeiten (aktive Physiotherapie; Bericht der RAD-Ärztin Dr. med.

P.\_\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2013) nicht von einem Scheitern der Behandlung gesprochen werden. Ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit weitgehend unveränderter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung lässt sich zwar mit Bezug auf die Schmerzproblematik nicht von der Hand weisen; dieser Verlauf ist jedoch für Somatisierungsstörungen diagnosespezifisch und daher nicht ausschlaggebend (Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2008, 8C\_195/2008, E. 7.3). Sodann ist kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ersichtlich. Damit ist die Schmerzstörung als überwindbar zu qualifizieren, womit es in psychischer Hinsicht an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden fehlt.

Hieran vermögen die Berichte von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 10. Januar 2011 (act. II 62 S. 1 f.), Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 21. Februar 2011 (act. II 64) und Dr. med. O.\_\_\_\_\_ vom 10. November 2013 (act. I 8) nichts zu ändern. Sie enthalten - wie der RAD-Psychiater Dr. med. M.\_\_\_\_\_ zutreffend ausgeführt hat (Bericht vom 23. Dezember 2013; in den Gerichtsakten) - keine Befunde resp. wichtigen Aspekte, welche im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Weiter gilt es der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Zudem verfügt Dr. med. K.\_\_\_\_\_ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin - im Gegensatz zum Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_\_ - nur beschränkt über die für die Beurteilung der Auswirkungen des vorliegend (massgebenden) psychischen Beschwerdebildes erforderliche Fachkompetenz, weshalb auf seine Beurteilung nicht unbesehen abgestellt werden kann.

Auch aus den Berichten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 18. März 2005 (act. II 52 S. 9 f.), des Spitals H.\_\_\_\_\_ vom 14. November 2006, 8. Februar

2008 und 29. Oktober 2013 (act. II 52 S. 4 und act. I 5 f.), des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 19. April 2007 (act. II 62 S. 20 f.), von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2008 (act. II 62 S. 13 f.), der MRI-Untersuchungen vom 14. Juni 2013 (act. I 3) sowie des Chiropraktors Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2013 (in den Gerichtsakten) vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Die RAD-Ärztin Dr. med. P. \_\_\_\_\_ hat nachvollziehbar und ausführlich dargelegt, weshalb die besagten Berichte keinen Anlass geben, aus somatischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (in Wechselposition, unter Einhaltung der Rückenergonomie, seltene Arbeiten über Schulterhöhe [nur wenige Minuten], Arbeiten bis Schulterhöhe ebenfalls nur wenige Minuten, Gewichtslimite repetitiv 5 kg bzw. gelegentlich bis 10 kg) anzunehmen bzw. weitere medizinische Abklärungen anzuordnen (Bericht vom 20. Dezember 2013, S. 2 f.; in den Gerichtsakten). Im Übrigen findet sich in keinem dieser Berichte eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Zusammenfassend steht mithin fest, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig ist, dies nach einer Angewöhnungszeit von sechs Monaten (act. II 68 S. 30; aus somatischer Sicht nach drei Monaten [Bericht der RAD-Ärztin vom 20. Dezember 2013, S. 3]), wobei hierfür invaliditätsfremde Gründe (Absenz vom Arbeitsmarkt, Dekonditionierung) ausschlaggebend sind.

#### **4.**

**4.1** Ausgehend von der zumutbaren vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.5 hiervor), ist der IV-Grad im Folgenden mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

**4.1.1** 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 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224).

**4.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

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 pflichtgemäßem 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 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

**4.2** Da die tatsächlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der umstrittenen Rentenaufhebung (Entscheid des EVG vom 3. Juli 2006, I 86/06, E. 4) massgebend sind, wären Validen- wie Invalideneinkommen auf das Jahr 2013 hin festzulegen. Da entsprechende statistische Zahlen für das Jahr 2013 noch nicht erhältlich sind, erfolgt eine Festlegung bzw. Indexierung auf das Jahr 2012.

**4.2.1** Aufgrund der Akten ist erstellt und unbestritten, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall weiterhin als ... tätig wäre, weshalb das Valideneinkommen grundsätzlich aufgrund des zuletzt (ohne Invalidität) erzielten Lohnes festzusetzen ist. Gemäss Angaben des ehemaligen Arbeitge-

bers hätte der Verdienst im Jahr 2004 Fr. 58'500.-- betragen (Fr. 4'500.-- x 13; act. II 10 S. 2 und act. II 39 S. 6). Angepasst an die Lohnentwicklung bis 2012 ergibt dies ein massgebliches Valideneinkommen von Fr. 64'426.50 (Bundesamt für Statistik, Tabelle T1.1.93\_I bzw. T1.1.10, Nominallohnindex Männer 2002 - 2010 resp. 2010 - 2012, Abschnitt G/H [u.a. Gastgewerbe] bzw. I [Gastgewerbe und Beherbergung], Index Jahr 2004: 113.9 Punkte, Index Jahr 2010: 123.1 Punkte resp. Index Jahr 2010: 100 Punkte, Index Jahr 2012: 101.9 Punkte).

**4.2.2** Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen aufgrund des Tabellenlohns zu bestimmen. Gemäss der Tabelle TA1 der LSE für das Jahr 2010 (abrufbar unter [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)) beträgt der massgebliche monatliche Bruttolohn (Anforderungsniveau 4, Total, Männer) Fr. 4'901.--. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst sowohl an die Nominallohnentwicklung bis 2012 (Bundesamt für Statistik, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex Männer 2011 - 2012, Abschnitt „Total“, Index Jahr 2010: 100 Punkte, Index Jahr 2012: 101.7 Punkte) als auch an die allgemeine wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2012 von 41.7 Stunden (abrufbar unter [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)) ergibt dies - unter Berücksichtigung der vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. E. 4.1 hiervor) - ein jährliches Einkommen von Fr. 62'353.80.

Da gemäss dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.5 hiervor) keine Leistungsminderung besteht und keine weiteren Gründe, die zu einer Einkommenseinbusse führen könnten, ersichtlich sind (vgl. E. 4.1.2 hiervor), rechtfertigt sich vorliegend kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn. Im Übrigen hätte selbst ein allfälliger Abzug von 5 bis maximal 10 % aufgrund des Alters des Beschwerdeführers keine Auswirkungen auf den Ausgang des Verfahrens.

**4.3** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 64'426.50 und einem Invalideneinkommen von Fr. 62'353.80 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 2'072.70, was einem IV-Grad von gerundet 3 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123) entspricht. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr.

**4.4** Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Da die Aufhebung einer Rente in Anwendung von Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a IVV frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats zu erfolgen hat, ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, die laufende ganze Invalidenrente per Ende September 2013 aufzuheben (Verfügung vom 13. August 2013; act. II 101), grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer bei Erlass der angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung das 55. Altersjahr noch nicht vollendet (vgl. act. II 1) und er die Invalidenrente weniger als 15 Jahre bezogen hatte (Beginn des Rentenanspruchs: 1. Februar 2004; act. II 49), sind vor Aufhebung der Rente keine Eingliederungsmassnahmen durchzuführen (SVR 2011 IV Nr. 73 S. 222 E. 3.3). Der Rentenanspruch entfällt damit nach Verfügungserlass von Gesetzes wegen, ohne dass im IVG eine Grundlage zur Weiterausrichtung unter einem anderen Titel besteht. Damit ist die Rente per 30. September 2013 und nicht erst nach geleisteter Eingliederungshilfe einzustellen (vgl. act. II 108).

**4.5** Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 13. August 2013 (act. II 101) die Rente gestützt auf lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision aufgehoben und mit Verfügung vom 2. September 2013 (act. II 108) die Weiterausrichtung der ganzen Invalidenrente ab dem 1. Oktober 2013 bis zum Abschluss der Wiedereingliederung, längstens jedoch während zwei Jahren festgehalten; dies, weil der Beschwerdeführer an Wiedereingliederungsmassnahmen teilnehme (vgl. lit. a Abs. 2 und 3 der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision). Er ist somit zufolge der nicht zutreffenden Begründung der Rentenaufhebung seitens der Beschwerdegegnerin in den Genuss der Wiedereingliederungsmassnahmen mit Weiterausrichtung der ganzen Invalidenrente gekommen. Da sich die Be-

schwerdegegnerin zur Begründung der Rentenaufhebung auf eine unzutreffende Rechtsgrundlage gestützt und somit eine in der Begründung unrichtige Verfügung erlassen hat, hatte dies für den Beschwerdeführer zur Folge, dass seine bisherige Invalidenrente nicht auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben wurde, sondern aufgrund der Teilnahme an Wiedereingliederungsmassnahmen im Sinne von Art. 8a IVG weiter ausgerichtet wurde bzw. wird (vgl. act. II 108). Für die infolge fehlerhaften Vorgehens der Verwaltung unterlassene Prüfung der Rentenrevision nach Art. 17 ATSG hat der Beschwerdeführer - jedenfalls bis zur gerichtlichen Klarstellung/Korrektur - nicht einzustehen. Mit anderen Worten darf er vorliegend hinsichtlich der Rentenausrichtung rückwirkend nicht schlechter gestellt werden, soweit er sich im Vertrauen auf die Verfügung vom 2. September 2013 Wiedereingliederungsmassnahmen unterzogen hat. In Anwendung der Grundsätze des Vertrauensschutzes (BGE 111 Ib 116 E. 4 S. 124, 113 V 66 E. 2 S. 70, 110 V 145 E. 4b S. 156, 121 V 65 E. 2b S. 67, 121 V 71 E. 2a S. 74) hat der Beschwerdeführer deshalb für die Zeit ab der im Ergebnis korrekt verfügten Rentenaufhebung per Ende September 2013 bis längstens zur Eröffnung des vorliegenden Urteils - soweit (wie erwähnt) eine Wiedereingliederungsmassnahme erfolgte - Anspruch auf Weiterausrichtung der bisherigen Invalidenrente.

## 5.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. August 2013 (act. II 101) unbegründet und daher abzuweisen. Die Verfügung vom 2. September 2013 (act. II 108) ist dahingehend abzuändern, als ein Rentenanspruch im Sinne von E. 4.5 längstens bis zur Eröffnung des vorliegenden Urteils besteht.

Mit Blick auf das in E. 4.4 hiavor Ausgeführte sind die Voraussetzungen zur Vornahme einer Reformatio in peius nach Art. 61 lit. d ATSG erfüllt. Das angerufene Gericht hat den Beschwerdeführer mit prozessleitender Verfügung vom 28. Februar 2014 auf die drohende Schlechterstellung und auf die Möglichkeit eines Beschwerderückzugs aufmerksam gemacht, wo-

von der Beschwerdeführer indessen keinen Gebrauch machte (vgl. Eingabe vom 20. März 2014).

## **6.**

**6.1** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 111 Abs. 1 VRPG).

Die Prozessarmut ist aufgrund der Akten ausgewiesen (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 1 f.). Auch kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist somit gutzuheissen.

**6.2** 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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 700.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) - vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

**6.3** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein 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 und die Rente per Ende September 2013 eingestellt.
2. Die Verfügung vom 2. September 2013 wird dahingehend abgeändert, als ein Rentenanspruch im Sinne von E. 4.5 längstens bis zur Eröffnung des vorliegenden Urteils besteht.
3. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
4. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO - jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
5. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
6. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.