

200 13 811 IV  
GRD/SHE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 15. Juli 2014**

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Matti  
Gerichtsschreiber Schnyder

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



gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Juli 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1969 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 27. April 2006 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) unter Hinweis auf ein Burn-out (Erschöpfungsdepression) und eine seit Mai 2005 bestehende Arbeitsunfähigkeit zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Daraufhin führte diese medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Mit Verfügungen vom 6. Juni 2007 (AB 27/5 ff. und 27/9 ff.) sprach sie ihm ab April 2006 aufgrund eines Invaliditätsgrads von 58% eine halbe und ab September 2006 aufgrund eines Invaliditätsgrads von 100% eine ganze Rente zu.

### **B.**

Infolge des Ende 2009 in die Wege geleiteten Rentenrevisionsverfahrens (AB 31) beantragte der Versicherte mit Schreiben vom 27. Dezember 2009 (AB 31/3) die Verlängerung der Ausrichtung der Rente für die anderthalbjährige Dauer des Studiums „...“ und Hilfe bei der Finanzierung dieser Umschulung. Die IVB führte ein weiteres Mal medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Mit Mitteilung vom 8. September 2010 sprach sie die Kostenübernahme für die Umschulung vom 20. Oktober 2010 bis zum 30. September 2012 (AB 43) zu. Mit Verfügung vom 28. Oktober 2011 (AB 73) entschied die IVB, die Rente wieder auszurichten, da die Umschulung unterbrochen werden musste. Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 5. November 2012 (AB 95) schloss die IVB die beruflichen Massnahmen ab. Mit Vorbescheid vom 12. März 2013 (AB 98) wurde die Aufhebung der Rente in Aussicht gestellt, wogegen der Versicherte opponieren liess (AB 102 und 105). Nach Einholung eines Berichts von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Tropen- und Reise-medicin sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 10. Juli 2013 (AB 108), entschied die IVB mit Verfügung vom 24. Juli 2013 (AB 109) wie im Vorbescheid angekündigt.

## **C.**

Hiergegen liess der Versicherte am 16. September 2013 Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren:

- „1. Die Verfügung vom 24. Juli 2013 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei weiterhin eine ganze Rente der Eidg. Invalidenversicherung zu gewähren.

Eventualiter:

Die Akten seien zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -“

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2013 auf Abweisung der Beschwerde.

## **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** Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 24. Juli 2013 (AB 109). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente und dabei namentlich die Rechtmässigkeit der verfügten Rentenaufhebung.

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

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

## **2.**

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

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). 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).

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

**2.3** 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).

## **2.4**

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

**2.4.2** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 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).

**2.4.3** 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).

### **3.**

**3.1** Zu prüfen ist vorab, ob die Revision in prozessualer Hinsicht zulässig ist. Nicht gefolgt werden kann der Auffassung des Beschwerdeführers, dass mit der Verfügung vom 28. Oktober 2011 (AB 73) das Ende 2009 in die Wege geleitete Revisionsverfahren formell abgeschlossen wurde (Beschwerde S. 6 Art. 2 Ziff. 2). Richtig ist, dass die Beschwerdegegnerin Ende 2009 ein Rentenrevisionsverfahren eröffnete. Nach dem Einholen medizinischer und erwerblicher Informationen sprach sie dem Beschwerdeführer am 27. April 2010 (AB 39) eine berufliche Abklärung vom 3. Mai bis 25. Juli 2010 sowie für diese Zeit ein um die Rente gekürztes Taggeld (AB 40) zu. Am 8. September 2010 (AB 43) wurde ihm die Übernahme der Kosten für die Umschulung vom 20. Oktober 2010 bis zum 30. September 2012 zugesprochen. Nach damals gültiger Gesetzgebung (Art. 47 Abs. 1 IVG in der bis am 31. Dezember 2011 gültigen Fassung) konnten Renten während der Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen weiter gewährt werden, und zwar längstens bis zum Ende des dritten vollen Kalendermonats, der dem Beginn der Massnahmen folgt. Zusätzlich wurde das Taggeld ausgerichtet, dieses jedoch während der Dauer des Doppelanspruchs um einen Dreissigstel des Rentenbetrags gekürzt. Gemäss diesen Vorschriften wurde dem

Beschwerdeführer für die Zeit vom 20. Oktober 2010 bis 31. Januar 2011 neben der ungekürzten Rente ein um einen Dreissigstel des Rentenbetrags gekürztes Taggeld ausgerichtet (AB 44 und 47). Ab 1. Februar 2011 wurde nur noch das ungekürzte Taggeld ausgerichtet (AB 48). Aufgrund des Unterbruchs der Umschulung (AB 70) wurde mit Verfügung vom 28. Oktober 2011 (AB 73) entschieden, ihm ab Oktober 2011 die ursprünglich ganze Invalidenrente wieder auszurichten. Die verfügungsweise Wiederausrichtung der Rente hat jedoch entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht zur Folge, dass das Revisionsverfahren abgeschlossen wurde. Es bedeutet lediglich, dass ihm bis zum Ende des Revisionsverfahrens und daher bis zum Zeitpunkt, an dem darüber befunden werden kann, ob sich sein Gesundheitszustand in revisionsrelevantem Ausmass verändert hat, die ursprüngliche Rente weiterausgerichtet wird, d.h. die Rente das Taggeld ablöst. Somit ist aus prozessualer Sicht nichts an der Rentenrevisionsverfügung vom 24. Juli 2013 (AB 109) auszusetzen.

Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob im Vergleichszeitraum zwischen den Verfügungen vom 6. Juni 2007 (AB 25/5 ff. und 25/9 ff.), anlässlich welcher erst- und letztmals eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs durchgeführt wurde, und der hier angefochtenen Verfügung vom 24. Juli 2013 (AB 109) in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4 hiervor).

**3.2** Den Verfügungen vom 6. Juni 2006 (AB 27/5 ff. und 27/9 ff.) lagen im Wesentlichen folgende ärztliche Berichte zu Grunde:

**3.2.1** Im Bericht der Psychiatrischen Dienste D. \_\_\_\_\_ vom 4. Mai 2006 betreffend die Hospitalisation vom 14. Oktober 2005 bis 21. März 2006 (AB 8/8 ff.) wurden unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), ein schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1) sowie ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10 F13.1) diagnostiziert (S. 1). Am 21. März 2006 habe der Beschwerdeführer nach mehreren erfolglosen Versuchen einer Psychopharmakotherapie mit Antidepressiva inkl. Augmentierung mit Lithium schliesslich auf Jatrosom N 10mg in deutlich gebessertem Zustand entlassen werden können (S. 2).

**3.2.2** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 22. Mai 2006 (AB 8/1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit 2001 bestehende rezidivierende Störung (S. 1 Ziff. A). Wegen einer Insomnie sei der Beschwerdeführer tagsüber müde und kraftlos; im Weiteren sei er antriebslos (S. 2 D. Ziff. 2. lit. a). Vor der aktuellen depressiven Krise habe er sehr intensiv Sport getrieben. Aktuell fehle hierzu der Antrieb praktisch vollständig (lit. c). Die bisherige Erwerbstätigkeit sei aktuell maximal zu vier Stunden zumutbar. Das Arbeitstempo sei nach wie vor verlangsamt (Ziff. 3). Er gehe ein- bis zweimal pro Woche in die Psychiatrischen Dienste D. \_\_\_\_\_ zur ambulanten Psychotherapie. An Medikamenten nehme er unter anderem neben zwei Benzodiazepinen zusätzlich zwei Antidepressiva (S. 3 E. Ziff. 8 lit. c).

**3.2.3** Im RAD-Bericht vom 24. Oktober 2006 (AB 16) führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, aus den Angaben des behandelnden Arztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gehe hervor, dass sich der psychische Zustand in der Zwischenzeit eher wieder verschlechtert habe, so dass längerfristig im besten Fall von einer Stabilisierung auf deutlich tieferem Niveau auszugehen sei. Dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50% für eine angepasste Tätigkeit erscheine zwar schlüssig und nachvollziehbar, doch habe die telefonische Nachfrage beim Arbeitgeber gezeigt, dass die Einschätzung des Hausarztes zu optimistisch gewesen sei. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ empfahl für die Prüfung des Rentenanspruchs auf die Aktennotiz vom 25. Oktober 2006 (AB 17) abzustellen, wonach der Beschwerdeführer ab dem 20. Juni 2006 bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig sei.

**3.3** Die nun mehr angefochtene Verfügung vom 24. Juli 2013 (AB 109) stützt sich im Wesentlichen auf folgende Berichte:

**3.3.1** Im Bericht vom 4. April 2008 (AB 28) diagnostizierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, u.a. eine etablierte idiopathische Osteoporose. Seitens Osteoporose seien keine weiteren Probleme aufgetreten. Seit August 2007 habe der Beschwerdeführer ein intensives körperliches Training aufgenommen und trainiere täglich bis zu vier Stunden. Das Pensum habe sukzessive gesteigert werden können. Auch die Ernährungsgewohnheiten seien drastisch

umgestellt worden und der Nikotinkonsum sei bereits vor einem Jahr sistiert worden. Unter diesen Massnahmen habe sich der Gesundheitszustand drastisch verbessert. Der Beschwerdeführer erscheine hoch motiviert, diesen Weg fortzuschreiten. Die Rückenschmerzen hätten deutlich nachgelassen, seien aber nicht ganz verschwunden. Vor allem bei Torsionsbewegungen bestünden noch thorakale Rückenschmerzen. Zudem würden diese tagsüber belastungsabhängig zunehmen (S. 1).

**3.3.2** Gemäss dem Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 25. November 2008 (AB 32/3) trainiere der Beschwerdeführer täglich, jogge bis zu zwei Stunden am Stück und absolviere Velotouren von bis zu acht Stunden (S. 1). Angesichts der mehrfach inadäquat aufgetretenen Wirbelfrakturen bestehe eine etablierte Osteoporose. Sekundäre Osteoporose-Formen seien 2008 ausgeschlossen worden, so dass die Diagnose einer idiopathischen Osteoporose gestellt worden sei. Seit Aufnahme der Fosavance-Behandlung vor gut einem Jahr habe die Knochendichte an der LWS signifikant zugenommen, an der „Gesamthüfte“ sei keine Änderung objektivierbar. Weitere Frakturen seien zwischenzeitlich nicht mehr aufgetreten (S. 2).

**3.3.3** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 26. Januar 2010 (AB 34) u.a. eine idiopathische Osteoporose mit rezidivierenden Deckplattenbrüchen im Bereich der BWS sowie einen Status nach schwerer Depression bis Ende 2007 (S. 1 Ziff. 3). Der Beschwerdeführer habe sich im März 2007 sein Sakraldermoid operieren lassen, wovon er sich langsam aber stetig erholt habe. Er habe 25 kg an Gewicht abgenommen und unter intensiver Physiotherapie und selbständigem intensivem Training seine Rumpfstabilität erheblich verbessert, so dass er im August 2009 eine 30%-ige Teilzeitstelle als ... habe antreten können (Ziff. 1.1). Da er sich psychisch vollständig erholt habe, habe er im Herbst 2009 ein Studium in ... beginnen können (S. 1.2). Aktuell bestünden nur noch körperliche und leichte psychische Einschränkungen. Maximal könne er pro Tag für drei Stunden mit regelmässigen Unterbrüchen sitzen. Während längerem Sitzen würden zunehmende Schmerzen im Bereich der BWS auftreten. Überlaste er sich beim Training oder bei der Arbeit (Gewichte heben über 20 kg), so führe dies zu starken Rückenschmerzen (S. 4 Ziff. 1). Die Gehstrecke sei

nicht eingeschränkt, das Arbeitspensum betrage vier Stunden und das Arbeitstempo sei normal (Ziff. 3).

**3.3.4** Wie Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 12. Oktober 2011 (AB 69) ausführte, leide der Beschwerdeführer seit August 2010 an progredienten belastungsabhängigen Kreuzschmerzen mit wechselnder Ausstrahlung ins Gesäss beidseits. Wegen dieser Schmerzen habe er am 11. Mai 2011 seine körperlich belastende Tätigkeit als ... aufgeben müssen. Trotz Physiotherapie, intensiviertem Krafttraining und diversen medikamentösen Versuchen seien die Beschwerden unverändert geblieben (S. 1 Ziff. 3). Die Rückenbeschwerden, die Tatsache, dass er die Arbeit als ... habe aufgeben müssen und die ungewisse berufliche Zukunft würden aktuell erheblich am Selbstbewusstsein nagen, weshalb er auch wieder eine Tablette eines Antidepressivums zum Schlafen brauche (S. 2 Ziff. 7).

**3.3.5** Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 27. Januar 2012 (AB 77/6) aus orthopädischer Sicht eine Übergangsanomalie, eine Spondylolyse L5, eine fortgeschrittene Facettenarthrose L4/5S1, eine Discopathie L4/5/S1 ohne Neurokompression sowie einen Status nach Deckplattenimpression BWK7/BWK8 mit leichter Kyphosierung ohne Hinterwandbeteiligung bei nachgewiesener Osteoporose (Schmoll'sche Veränderung). Er habe nur eine mässige Funktionseinschränkung, jedoch weder eine Neurokompression noch eine Instabilität vorgefunden. Damit sei kein Operationsgrund gegeben.

**3.3.6** Dr. med. C. \_\_\_\_\_ führte im RAD-Bericht vom 10. Juli 2012 (AB 79) aus, der Beschwerdeführer leide seit Jahren an Rückenschmerzen. Diese würden von einer Segmentdegeneration der untersten zwei Segmente lumbal herrühren. Die Bandscheiben seien degeneriert und höhen gemindert. Es habe sich beidseits eine Spondylarthrose eingestellt. Im MRI habe die in den Berichten erwähnte Spondylolyse nicht bestätigt werden können. Es sei kein enger Spinalkanal und keine Neurokompression nachweisbar. Aus rein somatischer Sicht sei der vorliegende Gesundheitsschaden nicht sehr schwerwiegend. Mit zunehmendem Alter würden sich häufig die beschriebenen Veränderungen ergeben. Individuell sei aber der Umgang mit diesem Problem verschieden. Medizinisch objektiv nachvollzieh-

bar sei die Einschätzung, dass rückenbelastende, körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Hingegen sollten angepasste Arbeiten zumutbar sein, etwa körperlich leichte in wechselbelastender Stellung. Zu vermeiden seien Zwangspositionen in ungünstiger Stellung, gebückt oder in Rotation. Gewichte könnten bis 10 kg gehoben oder getragen werden, vereinzelt auch bis 20 kg. Alle Tätigkeiten sollten in rückenergonomischer Haltung absolviert werden. Ein volles Pensum sei grundsätzlich zumutbar, mit voller Leistung (S. 3).

**3.3.7** Vom 3. bis 28. Juli 2012 war der Beschwerdeführer im Spital I.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im gestützt hierauf verfassten Bericht vom 9. August 2012 (AB 88) wurden neben chronischen Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Ursachen unter anderem rezidivierende depressive Episoden, aktuell leichten Ausmasses, diagnostiziert. Die Wirbelsäule sei orthograd, nicht klopfdolent und sehr beweglich gewesen. Schmerzen seien nur bei Reklination und Seitenneigung aufgetreten. Die restlichen Gelenke seien schmerzfrei und gut beweglich (S. 5 f.). Die Schmerzen seien nicht selbstlimitierend. Es bestehe eine Selbstüberforderung (S. 2).

**3.3.8** Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte im Bericht vom 5. November 2012 (AB 96) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01; S. 1 Ziff. 1.1). Von 2008 bis 2012 hätten keine depressiven Episoden bestanden, so dass keine Notwendigkeit für eine psychiatrische Behandlung bestanden habe. Seit August 2012 sei die ambulante psychiatrische Behandlung bei ihr wieder aufgenommen worden. Zu diesem Zeitpunkt hätten leicht- bis mittelgradige depressive Episoden mit Schlafstörung, Energie- und Antriebsmangel, sowie eine ängstlich-gedrückte Stimmungslage bestanden. Unter medikamentöser Behandlung und einmal wöchentlich stattfindenden psychotherapeutischen Gesprächen sei die depressive Symptomatik zurückgegangen (S. 1 f. Ziff. 1.4).

**3.3.9** Dr. med. C.\_\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 10. Juli 2013 (AB 108) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Lumbovertebralsyndrom, bei Osteochondrose L5/S1 und L4/5, Lyse des

Isthmus LWK 5 li, Spondylarthrose, ohne radikuläre Symptomatik (MRI vom 7. Mai 2013), ohne Instabilität sowie eine rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig leicht, mit somatischen Anteilen. Seit August 2010 klage der Beschwerdeführer vermehrt über Rückenschmerzen. In den Jahren 1996, 2009, 2011 und 2013 seien MRI's der LWS durchgeführt worden, mit immer unveränderten Befunden: Diskopathie der untersten Bandscheibe, weniger der zweituntersten, bei Spondylolyse L5 li. Es sei nie eine Neurokompression, eine entzündliche rheumatische Erkrankung, eine relevante Fehlstellung oder eine Instabilität beschrieben bzw. nachgewiesen worden. Zudem habe nie ein radikuläres Syndrom bestanden. Wegen einer angeblichen Verschlechterung anfangs 2013 sei am 7. Mai 2013 wieder ein MRI veranlasst worden. Dieses habe im Vergleich zu den Voraufnahmen 2011 (und auch 2009, 1996) unveränderte Verhältnisse gezeigt. Es sei wieder keine Operationsindikation gestellt worden. Was die Auswirkung der Diagnosen / Befunde auf die Arbeitsfähigkeit in der neuen Tätigkeit als Produktionsleiter betreffe, habe das Zumutbarkeitsprofil vom 10. Juli 2012 (vgl. E. 3.3.6 hiervor) immer noch Gültigkeit. Allerdings müsse initial, vor allem aus Rücksicht auf die psychische Instabilität und auf die lange Arbeitsunfähigkeit, mit einem Pensum von 50% während sechs Monaten begonnen werden. Anschliessend könne ein volles Pensum erwartet werden. Es sei nicht mehr von einer Leistungsminderung auszugehen (S. 3).

**3.4** Im Beschwerdeverfahren liess der Beschwerdeführer folgende Berichte einreichen:

**3.4.1** Gemäss dem Brief von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 8. August 2013 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4) habe er den Beschwerdeführer zwischen 2008 und 2012 gut 100 Mal bei sich in der Praxis gesehen und dabei 40 längere psychologisch stützende Gespräche geführt. Ab 2010 habe er ihm auch Psychopharmaka verordnet. Somit habe er in dieser Zeit als Hausarzt neben der somatischen auch die psychiatrische Betreuung übernommen.

**3.4.2** Dr. med. J. \_\_\_\_\_ gab im Bericht vom 4. September 2013 (BB 3) an, der Beschwerdeführer habe zwischen 2008 und 2012 zwar keine fachärztlich-psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen, es sei ihm jedoch gemäss dem Schreiben des Hausarztes vom 8. August 2013 (vgl. E. 3.4.1

hiervor) in dieser Zeit aus psychiatrischer Sicht nicht durchgängig gut gegangen. Eine psychiatrische Betreuung inkl. Einsatz einer antidepressiven Medikation sei auch während dieser Zeit durch den Hausarzt erfolgt. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Erhalt des Vorbescheids vom 12. März 2013 (AB 98) müsse im Zusammenhang mit der bestehenden psychiatrischen Grunderkrankung (rezidivierende depressive Störung) gesehen werden und sollte nicht als „reine Reaktion“ interpretiert werden. In der ICD-10 sei im Kapitel über affektive Störungen, zu denen die beim Beschwerdeführer bestehende rezidivierende depressive Störung zähle, wörtlich zu lesen, dass „der Beginn der einzelnen Episoden oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen“ sei. Im Kapitel F33 (rezidivierende depressive Störung) stehe ebenfalls, dass „die einzelnen Episoden jeden Schweregrades häufig durch belastende Lebensereignisse ausgelöst“ würden (S. 1). Die eingetretene Zustandsverschlechterung könne nicht als invaliditätsfremd bezeichnet werden. Die Vermutung, dass der Beschwerdeführer an einer depressiven Grunderkrankung leide, sei richtig. Ebenfalls, dass äussere Umstände den Krankheitsverlauf beeinflussen (können) würden. Ein „reaktives Element“ lasse sich jedoch nicht immer nachweisen. Bei depressiven Erkrankungen könne es auch ohne (offensichtliche) Auslöser zu Krankheitsepisoden kommen. Sie stimme mit Dr. med. C. \_\_\_\_\_ insofern überein, dass „aus Rücksicht auf die psychische Instabilität und auf die lange AUF“ ein beruflicher Wiedereinstieg unbedingt mit einem reduzierten Arbeitspensum (ca. 50%) erfolgen müsse. Inwieweit eine sukzessive Pensumsteigerung möglich sei, könne erst im weiteren Verlauf beurteilt werden (S. 2).

**3.5** 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 (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). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

**3.6** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 24. Juli 2013 (AB 109) im Wesentlichen auf den RAD-Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 10. Juli 2013 (AB 108) gestützt. Dieser hat sich in seiner ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf die Akten getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Diese ärztliche Beurteilung erfüllt somit die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweis eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.5 hiavor), weshalb

ihr Beweiskraft zukommt. Dass er keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, schadet entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 9 Art. 3 Ziff. 5) nicht, denn die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden Aktenbericht (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b) sind vorliegend erfüllt. Zudem schmälert entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 9 Art. 3 Ziff. 5) der Umstand, dass Dr. med. C.\_\_\_\_\_, obwohl er kein psychiatrischer Facharzt ist, die psychiatrische Beurteilung im RAD-Bericht vornimmt, den Beweiswert seiner Beurteilung nicht entscheidend, zumal die Akten, wie nachfolgend gezeigt wird, ein einheitliches Bild ergeben. In der Folge ist darauf abzustellen.

Die Frage, ob seit den rentenzusprechenden Verfügungen vom 6. Juni 2007 (AB 27/5 ff. und 27/9 ff.) aus medizinischer und erwerblicher Sicht eine hinsichtlich des Rentenanspruchs relevante Besserung eingetreten ist (vgl. E. 2.4 hiavor), bejahte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und begründete dies unter anderem nachvollziehbar und einleuchtend damit, dass gemäss den Akten von 2008 bis August 2012 keine Depression mehr vorhanden war und aktuell nur noch eine rezidivierende depressive Episode bzw. Störung leichten Grades vorliegt. Diese Schlussfolgerungen werden denn auch von den involvierten Ärzten fast durchgehend bestätigt:

Was die Diagnose betrifft, diagnostizierten weder Dr. med. G.\_\_\_\_\_ 2008 und 2010 (AB 28 und 32) noch Dr. med. E.\_\_\_\_\_ 2010 und 2011 (AB 34 und 69) eine aktuelle depressive Episode bzw. Störung, nachdem die Rente 2007 wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, schwere Episode ohne psychotische Symptome (AB 8/8) zugesprochen wurde. Bei der für die Rentenzusprechung massgebenden Diagnose handelt es sich zudem entgegen der Überzeugung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 9 f. Art. 4 Ziff. 1 ff.) nicht um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild, worauf die Regeln von lit. a der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision anwendbar wären. Erst 2012 diagnostizierte das Spital I.\_\_\_\_\_ erneut rezidivierende depressive Episoden, aktuell leichten Ausmasses (u.a. AB 88/1). Auch die behandelnde Psychiaterin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ diagnostizierte 2012 lediglich noch eine leichtgradige depressive Episode der rezidivierenden Störung (AB 96 Ziff. 1.1).

Dass von 2008 bis 2012 keine Depression mehr vorhanden war und der Beschwerdeführer sich von den psychischen Problemen vollständig erholt hat, kann damit belegt und gestützt werden, dass Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Bericht vom April 2008 (AB 28) keine solchen erwähnte und sogar am 25. November 2008 (AB 32/3) von Beschwerdefreiheit sprach. Auch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ stützt diese Ausführungen, indem er im Januar 2010 davon sprach, dass sich der Beschwerdeführer psychisch vollständig erholt hat (AB 34 S. 1 Ziff. 1.2). Dies bestätigte selbst die behandelnde Psychiaterin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ im November 2012, indem sie ausführte, dass von 2008 bis 2012 keine depressiven Episoden bestanden haben und damit in dieser Zeit keine Notwendigkeit für eine psychiatrische Behandlung bestanden hat (AB 96 S. 2 Ziff. 1.4). Dies kann auch dadurch untermauert werden, dass der Beschwerdeführer selbst weder in seinem Schreiben vom 27. September 2009 (AB 31/3) noch jenem vom 31. März 2011 (AB 50) psychische Einschränkungen erwähnte, sondern lediglich von Rückenschmerzen und Osteoporose sprach. Nichts daran ändert das Schreiben von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 8. Mai 2013 (BB 4), wonach er mit dem Beschwerdeführer zwischen 2008 und 2012 rund 40 längere psychologisch stützende Gespräche geführt und ab 2010 auch Psychopharmaka verordnet habe. Im Bericht vom 26. Januar 2010 (AB 34) führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, dass sich der Beschwerdeführer psychisch vollständig erholt hat (S. 1 Ziff. 1.2). Zudem erwähnte er im Zwischenbericht vom 12. Oktober 2011 (AB 69) keine psychischen Beschwerden seit 2008. Somit ist auf seine Aussagen vom 8. Mai 2013 nicht abzustellen, weil sie bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143; RKUV 2004 U 515 S. 420 E. 1.2). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer im Herbst 2011 zum Schlafen ein Psychopharmaka benötigte (AB 69/2 Ziff. 7), bestätigt entgegen seiner Ansicht (Beschwerde S. 7 Ziff. 5) noch keine psychopharmakologische Behandlung, zumindest nicht in dem Umfang, wie sie 2006 erfolgte, wo er gemäss dem Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (AB 8/4 Ziff. 8c) neben zwei Benzodiazepinen zusätzlich zwei Antidepressiva nahm. Weiter hat der Beschwerdeführer nicht wie behauptet (Beschwerde Seite 7 Art. 2 Ziff. 6) die Umschulung wegen des psychischen Zustands unterbrochen, sondern vielmehr wegen des

Rückenleidens, wie dies die ärztlichen Berichte aus dieser Zeitspanne angeben (AB 69 S. 1 Ziff. 3).

Weiter wird die Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprechung durch folgende Tatsache belegt: zum Zeitpunkt der Rentenzusprechung fehlte dem Beschwerdeführer praktisch vollständig der Antrieb, Sport zu treiben (AB 8 S. 2 Ziff. D 2). Diese Situation verbesserte sich mit der Zeit und so konnte der Beschwerdeführer gemäss den Akten (u.a. AB 28, 32/3) ab August 2007 ein intensives tägliches körperliches Training aufnehmen und war sogar im Stande, Velotouren von bis zu acht Stunden zu absolvieren. Auch wird die Verbesserung des Gesundheitszustandes damit belegt, dass er während der beruflichen Grundabklärung vom 3. Mai bis 25. Juli 2010 (AB 41) psychisch normal belastbar schien (S. 5 Ziff. 6). Auch konnte er ab Sommer 2009 für rund zwei Jahre eine 20-30% Stelle als ... ausüben (u.a. AB 31/3) und ab Oktober 2010 erfolgreich eine Umschulung (...) beginnen, die er mit schriftlicher Prüfung und Projektarbeit je mit der Note 5.5 abschloss (AB 106/3).

Demzufolge ist vorliegend eine erhebliche Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen (erwerbliche und gesundheitliche) erstellt, weshalb ein Revisionsgrund zu bejahen und nachfolgend der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen ist (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**3.7** Aufgrund der obigen Ausführungen (vgl. E. 3.3 ff. hiervor) ergibt sich in Bezug auf den Gesundheitszustand folgendes Bild:

Der Beschwerdeführer leidet an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01; AB 96 S. 1 Ziff. 1.1). Diese ist gemäss gängiger Rechtsprechung nicht invalidisierend (Urteil des BGer vom 29. August 2012, 8C\_266/2012, E. 4.3.2). Somit ist auch nichts daran auszusetzen, dass die Rente per Ende August 2013 aufgehoben wurde, auch wenn Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vorschlägt, aus Rücksicht auf die psychische Instabilität und die lange Arbeitsunfähigkeit vorerst während sechs Monaten mit einem

50%-igen Arbeitspensum zu starten. Die depressive Symptomatik mit Schlafstörung, Energie- und Antriebsmangel sowie ängstlich-gedrückter Stimmungslage ist zudem unter medikamentöser Behandlung und einmal wöchentlich stattfindenden psychiatrischen Gesprächen zurückgegangen (S. 2 Ziff. 1.4). Der Umstand, dass sich der psychische Zustand nach dem negativen Vorbescheid vom 12. März 2013 (AB 98) verschlechtert haben soll, ist nicht invaliditätsrelevant, da eine depressive Reaktion hierauf auf psychosoziale Ursachen zurückzuführen ist. Somit ist erstellt, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit als ... voll arbeitsfähig ist.

Aus somatischer Sicht kam Dr. med. C. \_\_\_\_\_ zum überzeugenden und nachvollziehbaren Schluss, dass das Zumutbarkeitsprofil des RAD vom 10. Juli 2012 (AB 79) nach wie vor Gültigkeit hat und dem Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als ... ein volles Pensum ohne Leistungsminderung zumutbar ist. Diese Einschätzung deckt sich denn auch mit den fachärztlichen Einschätzungen und wird durch die bildgebenden Aufnahmen bestätigt. Somit ist erstellt, dass der Beschwerdeführer nicht nur aus psychiatrischer sondern auch aus somatischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit als ... in vollem zeitlichem Umfang ohne Einschränkungen arbeitsfähig ist. Daher bedurfte es keines Einkommensvergleichs und es ist nichts daran auszusetzen, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 24. Juli 2013 (AB 109) die 2007 zugesprochene Rente per Ende August 2013 aufhob, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Bei dieser Sach- und Rechtslage erübrigt sich auch die beantragte Wiederaufnahme beruflicher Massnahmen.

#### **4.**

**4.1** 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.

**4.2** Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**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

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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