

200 16 188 IV  
MAW/SAW/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 20. Juli 2016**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiberin Winiger

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Januar 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1971 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 6. Juli 2012 zur Früherfassung und am 31. Juli 2012 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung (IV) an, dies unter Hinweis auf eine Depression, Müdigkeit, Konzentrations- sowie Entscheidungsschwierigkeiten und Durchschlafprobleme (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1; 4). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor und veranlasste vom 26. November 2012 bis zum 23. Dezember 2012 in der geschützten Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ eine arbeitsmarktlich-medizinische Abklärung (AMA, vgl. Abklärungsbericht vom 11. Februar 2013, act. II 37). Nachdem ein am 7. Januar 2013 begonnenes Arbeitstraining wegen psychischen Problemen und Überforderung abgebrochen werden musste (vgl. Schlussbericht Arbeitstraining vom 15. Februar 2013, act. II 41), erhielt der Versicherte ab dem 18. Februar 2013 in geschütztem Rahmen und zu einem Pensum von 50% eine Anstellung bei der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_. Die IVB schloss daraufhin die beruflichen Massnahmen ab (act. II 43) und sprach mit Verfügung vom 26. Juni 2013 (act. II 57) eine ganze Rente ab März 2013 zu.

Nach Durchführung einer Revision von Amtes wegen im Juli 2014 (act. II 62) wurde mit Mitteilung vom 30. September 2014 (act. II 71) die Weiterausrichtung der ganzen Rente angezeigt.

### **B.**

Am 1. Juli 2015 ging der IVB ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 2. April 2015 (act. II 80.2) zu, welches dieser zuhanden der E.\_\_\_\_\_ erstellt hatte. Gestützt darauf führte die IVB im Juli 2015 (act. II 82) erneut eine Revision von Amtes wegen durch. Dabei nahm sie medizinische sowie erwerbliche Abklärungen vor (act. II 86; 89), holte beim Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (RAD)

eine Stellungnahme ein (act. II 91) und stellte mit Vorbescheid vom 4. November 2015 (act. II 92) die Aufhebung der Rente in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden. Mit Einwand vom 4. Dezember 2015 reichte er einen weiteren Arztbericht ein und machte insbesondere geltend, der Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert (act. II 97). Nachdem die IVB beim RAD nochmals eine Stellungnahme eingeholt hatte (act. II 100), hob sie die Rente mit Verfügung vom 11. Januar 2016 (act. II 101) per Ende Februar 2016 auf.

### **C.**

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 2. Februar 2016 Beschwerde erheben. Er beantragte, die Verfügung vom 11. Januar 2016 sei kostenfällig aufzuheben und es sei weiterhin eine ganze Rente auszurichten. Eventualiter sei das Verfahren zur Durchführung weiterer Abklärungen zur Ermittlung der tatsächlichen Leistungsfähigkeit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ferner sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 7. März 2016 auf Abweisung der Beschwerde. Dies eventualiter auch mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung der rentenzusprechenden Verfügung vom 26. Juni 2013.

Mit prozessleitender Verfügung vom 9. März 2016 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab.

Im Rahmen der Replik vom 8. April 2016 bestätigte der Beschwerdeführer unter Hinweis auf einen Bericht der Psychologin des Spitals F.\_\_\_\_ (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3), die gestellten Rechtsbegehren und ersuchte um Abweisung des Antrags auf Wiedererwägung der Verfügung vom 26. Juni 2013.

Die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 11. Mai 2016 an den bisherigen Ausführungen fest und beantragte die 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** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. Januar 2016 (act. II 101). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die laufende ganze Rente zu Recht per Ende Februar 2016 aufhob.

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

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

## **2.**

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

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

**2.2.1** Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führt im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn

die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287).

**2.2.2** Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

**2.2.3** Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist es geboten, sämtliche psychosomatischen Leiden den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298, 139 V 346 E. 2

S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb analog anwendbar auf Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550, 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282).

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

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** 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).

**2.4.1** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

**2.4.2** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

**2.4.3** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

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

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der

Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

Zunächst ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 26. Juni 2013 (act. II 57) mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 11. Januar 2016 (act. II 101) zu vergleichen und zu prüfen, ob in den für den Leistungsanspruch relevanten Tatsachen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsrelevanter Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.1 hiavor). Die Bestätigung der laufenden Rente mittels Mitteilung vom 30. September 2014 (act. II 71) ist in dieser Hinsicht unbeachtlich, da dieser keine umfassende materielle Prüfung vorausging (vgl. E. 2.4.2 hiavor).

**3.1** Die Rentenzusprache im Juni 2013 (act. II 57) basierte im Wesentlichen auf dem Verlaufsbericht von med. pract. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und der behandelnden Psychologin lic. phil. H.\_\_\_\_\_ des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 9. April 2013 (act. II 53). Darin hielten sie diagnostisch mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen wie auch ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 F61.0) fest und attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Zudem musste wegen psychischen Problemen und Überforderung das Arbeitstraining in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ abgebrochen werden. Dem Beschwerdeführer wurde daraufhin ab dem 18. Februar 2013 zur Aufrechterhaltung der Tagesstruktur ein Arbeitsplatz in geschütztem Rahmen mit einem Pensum von 50% zur Verfügung gestellt (act. II 41; 43).

**3.2** Hinsichtlich des Verlaufs des Gesundheitszustandes nach Erlass der Verfügung vom 26. Juni 2013 (act. II 57) ergibt sich aus den Akten das Folgende:

**3.2.1** Im Rahmen der eingliederungsorientierten Rentenrevision führte Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, des

Spitals F. \_\_\_\_\_ aus (vgl. Bericht vom 24. September 2014, act. II 70), seit Juni 2013 liege ein schwankender psychischer Verlauf vor. Während der Therapiesitzung vom 9. September 2014 habe sich beim Patienten eine wieder aufgetretene leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik mit bedrückter Stimmungslage sowie gewisser Hoffnungs- und Ratlosigkeit präsentiert. Zudem lägen ein verminderter Selbstwert mit begleitenden Schuld- und Insuffizienzgefühlen sowie eine deutliche Selbstunsicherheit vor (S. 3 Ziff. 10). Aufgrund der beobachteten schnellen Zustandsverschlechterung sowie der Tendenz zu schneller Dekompensation sei zum aktuellen Zeitpunkt von einer verminderten Leistungsfähigkeit und schneller Überforderungstendenz auszugehen. Da bis zum jetzigen Zeitpunkt noch keine ausreichende und langandauernde Stabilisierung des psychischen Zustandes habe erreicht werden können, sei eine Beschäftigung auf dem freien Arbeitsmarkt noch nicht empfehlenswert (S. 3 f. Ziff. 17).

**3.2.2** Gestützt auf die Untersuchung vom 24. März 2015 diagnostizierte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 2. April 2015 (act. II 80.2) eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) mit akzentuierten (emotional expressiv/histrionisch, ängstlich, selbstunsicher, zwanghaft, narzisstisch) Persönlichkeitszügen bei gemäss Akten depressiver Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4; S. 16 Ziff. 5). Die Neurasthenie habe sich bei einer depressiven Episode ab 2011/2012, die gegenwärtig remittiert sei, entwickelt. Die vom Exploranden aktuell geschilderten Symptome seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht durch die genannte Diagnose ausreichend und vollständig erklärbar. Eine Willensanstrengung zur Überwindung der objektiv sehr gering ausgeprägten und vor allem rein subjektiv beschreibbaren Defizite sei medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit (von  $\geq$  20%) könne nicht begründet werden. Von dieser diagnostischen Beurteilung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab Februar 2013 auszugehen (S. 19 f.).

Objektiv lägen zudem keine Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge vor, um eine (allfällig andauernde) depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können; der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Auch in den Akten seien ab Mai

2012 keine entsprechenden tatsächlichen objektiv nachvollziehbaren Befunde dokumentiert worden; vielmehr hätten die behandelnden Fachpersonen mehrfach eine Remission bestätigt. Zuletzt seien normalpsychologische Reaktionen wie „Selbstzweifel und Verunsicherung“ bei Kündigung der Anstellung sowie im Zusammenhang mit einer beruflichen Neuorientierung im Vordergrund gestanden. Zudem müsse ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass beim Exploranden kein somatisches Syndrom (Interessensverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Libidoverlust) zu erkennen sei. Das Postulat einer Arbeitsunfähigkeit nach Mai 2012 sei daher nicht nachvollziehbar (S. 21 f.). Die akzentuierten Persönlichkeitszüge stellten Varianten der Norm im Sinne von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus (im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen) keinen Krankheitswert besässen, jedoch in der Therapie zu beachten seien (S. 22). Beim Verlauf der Störung seien ferner auch eine Verdeutlichungstendenz und nicht krankheitsbedingte (psychosoziale) Faktoren zu benennen (z.B. persönliche Berufswünsche, Hypothekarschulden, Rentenbezug, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, Konflikt mit der Versicherung). Diese Gesichtspunkte hätten vor allem therapeutische und sozialarbeiterische Relevanz und seien bei der Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht einzubeziehen (weder positiv, noch negativ). Die Diskrepanz in der subjektiven Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit und der hier erläuterten erkläre sich weit überwiegend durch die psychosozialen Faktoren (S. 23).

**3.2.3** Im Verlaufsbericht vom 17. September 2015 (act. II 89) berichtete Dr. med. I. \_\_\_\_\_, der Gesundheitszustand habe sich verbessert. Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und narzisstischen Zügen (ICD-10 F61.0; S. 2 Ziff. 1 f.). Die bisherige Erwerbstätigkeit sei weiterhin im geschützten Rahmen zumutbar. Der Patient habe sich selber eine Beschäftigungsgraderhöhung von 50% auf 60% gewünscht und arbeite seit Ende August zu 60%. Im Arbeitsprozess habe er Fortschritte gemacht; er arbeite selbstständig, übernehme

mehr eigene Verantwortung, habe dazu gute Leistungen gezeigt und sei nicht mehr so stark auf die Unterstützung und die Hilfe der Gruppenleiter der Abklärungsstelle C. \_\_\_\_\_ angewiesen. Es zeige sich jedoch nach wie vor, dass die Frustrationstoleranz immer noch ziemlich reduziert und der Patient schnell ermüdbar sei. Zudem lägen schnell auftretende Stimmungsschwankungen vor, bei welchen der Patient unter Zeitdruck oft den Überblick verliere und in Panik gerate. Ferner bekomme er relativ schnell Selbstzweifel und sei selbstunsicher (S. 4 Ziff. 13).

**3.2.4** Der RAD-Arzt, Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in der Stellungnahme vom 21. Oktober 2015 (act. II 91) aus, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sei umfassend und nachvollziehbar, weshalb er sich dieser Beurteilung anschliessen könne (S. 4).

**3.2.5** Mit Bericht vom 4. Dezember 2015 (act. II 97 S. 6) teilte med. pract. G. \_\_\_\_\_ mit, er behandle den Patienten seit dem Weggang von Dr. med. I. \_\_\_\_\_. Bis Oktober 2015 hätten pro Monat ein bis zwei Gespräche stattgefunden, seit der Behandlungsübernahme Anfang November seien diese aufgrund einer reaktiven Zustandsverschlechterung auf die Ankündigung hin, dass die Invalidenrente aufgehoben werden solle, erhöht worden auf ca. ein Gespräch pro Woche. Beim ersten Gespräch habe der Patient unsicher, gehemmt gewirkt und vermehrt Zukunftsängste mit finanziellen Ängsten sowie Insuffizienzgefühle beklagt. Er fühle sich öfter blockiert, grübele über den Entscheid der IV und die möglichen Konsequenzen nach. Bei der Arbeit gehe es ihm etwas besser als ohne Ablenkung. Er ziehe sich allgemein zurück, involviere sich kaum noch in Gruppengesprächen und brauche mehr Ruhe- und Erholungszeiten. Er könne sich auch schlechter konzentrieren (S. 6). Als Diagnose stellte med. pract. G. \_\_\_\_\_ eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.2) bei zu Grunde liegender ängstlich-vermeidender Persönlichkeit und rezidivierend depressiver Störung fest (S. 7).

**3.2.6** Am 8. Januar 2016 (act. II 100) hielt der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ nochmals fest, dass das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sämtliche IV-relevanten Fragen zum Gesundheitszustand des Versicherten bis zum Zeitpunkt der Begutachtung nachvollziehbar und schlüssig beant-

worte. Spätere Veränderungen seien damit nicht ausgeschlossen, Schwankungen bei affektiven Befindlichkeitsstörungen seien jedoch – wie auch in diesem Fall aktuell offensichtlich und ebenso in der Vorgeschichte dokumentiert – häufig durch Einflüsse von aussen getriggerte Reaktionen bzw. mit einer Anpassungsstörung vergleichbar (S. 6).

**3.2.7** Lic. phil. K. \_\_\_\_\_ des Spitals F. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im klinisch psychologischen Befundbericht vom 30. März 2016 (act. I 3) eine ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) und legte dar, die diagnostischen Leitlinien für Persönlichkeitsstörungen seien erfüllt. Bereits in den ersten beiden Schulklassen sei der Explorand viel krank gewesen; heute vermute er, dass es sich dabei um psychische Gründe gehandelt habe, da er sehr sensibel gewesen sei. Er sei damals von der Lehrerin nicht akzeptiert worden und habe Konflikte eventuell unbewusst durch Absenzen vermieden. Bewusst habe er Konflikte z.B. durch einen anderen Schulweg vermieden, um nicht gehänselt zu werden. Er habe stets nur sehr wenig Kollegen/Freunde gehabt. Gesellige Anlässe habe er aus Pflicht besucht; dies sei so geblieben. Soziale Kontakte bestünden einzig durch die Ehefrau, er selber könne aufgrund seiner Angst vor Ablehnung und Kritik keine Kontakte initiieren.

**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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlag-

gebend 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 vorliegend angefochtenen Verfügung (act. II 101) massgeblich auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten vom 2. April 2015 (act. II 80.2) gestützt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf der umfassenden Untersuchung vom 24. März 2015 und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Im Weiteren diskutierte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ sowohl IV-fremde Faktoren wie auch Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschätzungen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiavor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Auf dieses ist abzustellen.

**3.4.1** Grundlage der Rentenverfügung vom 26. Juni 2013 (act. II 57) bildet der Verlaufsbericht von med. pract. G.\_\_\_\_\_ und lic. phil. H.\_\_\_\_\_ vom 9. April 2013, in welchem von einer für einen adaptiven Umgang mit Herausforderungen und Krisen ungünstigen narzisstischen sowie ängstlich-unsicheren Persönlichkeitsstruktur und einer weiteren Dekompensation anlässlich einer IV-Wiedereingliederungsmassnahme berichtet und eine schwere depressive Episode diagnostiziert wurde (act. II 53 S. 2 Ziff. 4). Der Frage, ob die Diagnose einer schweren depressiven Episode zu diesem Zeitpunkt noch zu stellen war (vgl. dazu act. II 80.2 S. 22), braucht vorliegend deshalb nicht weiter nachgegangen zu werden, weil mit Blick auf die vorliegend umstrittene Rentenaufhebung pro futuro aufgrund des schlüssigen und in jeder Hinsicht überzeugenden Gutachtens vom 2. April 2015 (act. II 80.2) erwiesen ist, dass diese Diagnose nicht mehr zu stellen ist. Denn Dr. med. D.\_\_\_\_\_ legte gestützt auf die Untersuchungsergeb-

nisse vom 24. März 2015 nachvollziehbar dar (act. II 80.2 S. 21 f.), dass die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode nicht (mehr) erfüllt sind. Die Diagnose einer schweren Depression wird denn auch in den übrigen Facharztberichten von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ oder med. pract. G. \_\_\_\_\_ (act. II 79; 89; 97 S. 6) nicht attestiert. Damit ist in revisionsrechtlicher Hinsicht eine erhebliche Änderung des Gesundheitszustandes im massgebenden Zeitraum zwischen der Rentenverfügung vom 26. Juni 2013 (act. II 57) und der hier angefochtenen Verfügung vom 11. Januar 2016 (act. II 101) erstellt. Diese Änderung ist geeignet, den Invaliditätsgrad und somit den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu beeinflussen, weshalb dieser nachfolgend frei zu prüfen ist (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

**3.4.2** Bezüglich des Gesundheitszustandes hat Dr. med. D. \_\_\_\_\_ einlässlich begründet, dass der Beschwerdeführer an einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) mit akzentuierten Persönlichkeitszügen leidet (act. II 80.2 S. 16 Ziff. 5). In Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führte er aus, dass eine Willensanstrengung zur Überwindung der objektiv sehr gering ausgeprägten und vor allem rein subjektiv beschreibbaren Defizite medizinisch zumutbar sowie tatsächlich möglich ist und keine relevante Arbeitsunfähigkeit vorliegt (act. II 80.2 S. 20). Diese Darlegungen wurden im weiteren Verlauf vom RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ in seinen Stellungnahmen vom 21. Oktober 2015 und vom 8. Januar 2016 (act. II 91 S. 4; 100 S. 6) bestätigt und lassen sich grundsätzlich auch in das von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ und med. pract. G. \_\_\_\_\_ dargelegte Gesamtbild einfügen (act. II 70; 89 S. 2; 97 S. 6).

Auch wenn das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 2. April 2015 (act. II 80.2) grundsätzlich überzeugt, so kann nicht unbesehen auf seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, denn das Gutachten wurde in zeitlicher Hinsicht vor der mit Urteil vom 3. Juni 2015 eingeleiteten Praxisänderung erstellt (BGE 141 V 281 E. 3.5 S. 294). Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren jedoch nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung

dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309). Wie nachfolgend aufgezeigt wird, bietet das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten hinreichend Aufschluss für die Beurteilung nach den Vorgaben gemäss der neuen Rechtsprechung.

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298). Hier ist festzuhalten, dass die psychopathologischen Befunde objektiv gar nicht bis sehr gering ausgeprägt sind. Vor allem liegen rein subjektiv beschreibbare Defizite und eine Verdeutlichungstendenz vor (act. II 80.2 S. 19 f.). Behandlungserfolg und -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) deuten ebenfalls auf keine schweren Einschränkungen hin. Die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode konnte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ anlässlich seiner Untersuchung vom 24. März 2015 nicht (mehr) feststellen, was auf eine gesundheitliche Verbesserung sowie auf eine offensichtlich erfolgreiche Psychopharmakotherapie hinweist (act. II 80.2 S. 22). Zudem gab Dr. med. D. \_\_\_\_\_ an, die bestehende Neurasthenie stelle grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige Behandlung dar, indessen sei diesem rein therapeutischen Hinweis keine indirekte Annahme einer relevanten Minderung der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (act. II 80.2 S. 24). Diese Tatsachen sprechen somit nicht nur gegen das Vorliegen einer schweren und therapeutisch nicht mehr angebaren psychischen Störung, sondern auch gegen das Vorhandensein eines Leidensdrucks. Neben der Neurasthenie wurden im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten einzig akzentuierte Persönlichkeitszüge, die von sich aus keinen Krankheitswert besitzen, diagnostiziert (act. II 80.2 S. 22 f.). Psychische oder somatische Komorbiditäten, die dem Beschwerdeführer Ressourcen rauben würden, sind demnach zu verneinen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Ferner sind auch keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass in der Persönlichkeit des Beschwerdeführers krank-

heitswertige Umstände vorliegen, welche ein Leistungsvermögen ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302). Im Zusammenhang mit dem Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) sind subjektive Einschränkungen des Beschwerdeführers zu erkennen, die jedoch nicht ausgeprägt sind (act. II 80.2 S. 23). Vielmehr lebt er in einer funktionierenden Ehe und erhält im Rahmen seiner Arbeit die Gelegenheit, Kontakte zu pflegen (act. II 80.2 S. 6). Ausserdem engagiert er sich aktiv in der Betreuung der Kinder, die die Ehefrau als Tagesmutter pflegt und geht spazieren (act. II 80.2 S. 9). Damit bietet auch das soziale Umfeld des Beschwerdeführers Zugang zu wichtigen Ressourcen.

Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist schliesslich festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer – wie dargelegt – soziale Kontakte im privaten sowie beruflichen Bereich möglich sind und keine Anhaltspunkte für einen vollständigen oder umfassenden sozialen Rückzug bestehen. Zudem nimmt er regelmässig an einer kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung teil (act. II 80.2 S. 8). Die Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers bezüglich seiner Arbeitsfähigkeit und der nachweisbaren Befunde sieht Dr. med. D. \_\_\_\_\_ denn auch als durch die nicht krankheitsbedingten psychosozialen Belastungsfaktoren (z.B. persönliche Berufswünsche, Hypothekarschulden, Rentenbezug, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsplatz, Konflikt mit der Versicherung) erklärt (act. II 80.2 S. 23).

Aus dem Dargelegten folgt, dass mit Blick auf die massgebenden Indikatoren keine funktionellen Auswirkungen der Neurasthenie bestehen.

**3.4.3** Daran vermögen die Einwände des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Soweit er auf seine grossen persönlichen Anstrengungen zur Überwindung der Leiden hinweist und angibt, seine Bemühungen seien gescheitert (vgl. Beschwerde, S. 6 f. Art. 6 f.), kann ihm nicht gefolgt werden. Denn die Problematik, dass sich der Beschwerdeführer selbst unter Druck setzt bzw. sich selbst überfordert (vgl. dazu insbesondere act. II 70 S. 3 Ziff. 10) und dadurch am Arbeitsplatz sein Potential nicht ausschöpfen kann, ist IV-rechtlich nicht zu berücksichtigen. Wie Dr. med. D. \_\_\_\_\_ dargelegt hat, handelt es sich hierbei um akzentuierte Persönlichkeitszüge, die im Gegensatz zu den Persönlichkeitsstörungen keinen Krankheitswert

im Sinne der IV besitzen. Gemäss dem Gutachter standen zuletzt denn auch einzig normalpsychologische Reaktionen wie „Selbstzweifel und Verunsicherung“ bei Kündigung der Anstellung sowie im Zusammenhang mit einer beruflichen Neuorientierung im Vordergrund (act. II 80.2 S. 22 f.). Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 4 Art. 3) hat der Beschwerdeführer zudem Fortschritte im Arbeitsprozess gemacht und konnte das Pensum in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ von 50% auf 60% steigern (act. II 89 S. 4 Ziff. 13). Anhaltspunkte, welche gegen die Einschätzungen von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ sprechen, liegen somit nicht vor. Auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Befundbericht der Psychologin lic. phil. K.\_\_\_\_\_ vom 30. März 2016 (act. I 3) vermag daran nichts zu ändern, wird dem Beschwerdeführer doch darin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Zudem wurde dieser Bericht erstellt, zur Einschätzung der Persönlichkeitsanteile. Die in diesem Zusammenhang erstellte Diagnose einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung vermag jedenfalls die Beurteilung des Gutachters nicht in Zweifel zu ziehen. Hinzu kommt, dass dieser Bericht lediglich beschränkt beweistauglich ist, weil er nicht von einer Fachärztin (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. März 2016, 8C\_880/2015, E. 4.2.4) und zudem nach Verfügungserlass am 11. Januar 2016 erstellt worden ist.

**3.4.4** Nach dem Dargelegten ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass im Vergleich zu den Sachverhaltsannahmen, wie sie der ursprünglichen Rentenverfügung zugrunde gelegt wurden, im für die Rentenaufhebung massgeblichen Zeitpunkt kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr vorlag. Der Sachverhalt ist gestützt auf die vorliegenden Arztberichte und das Gutachten vom 2. April 2015 hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 2) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Bei dieser Sachlage erübrigt sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs. Da keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiavor) vorliegt, besteht kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Der Zeitpunkt der Renteneinstellung per Ende Februar 2016 ist unter Berücksichtigung von Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 lit. a IVV zudem nicht zu beanstanden. Die angefochtene

Verfügung vom 11. Januar 2016 (act. II 101) erweist sich somit als rechtmässig und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### **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. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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