

200 19 456 IV  
FUE/ZID/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. Mai 2020**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Zimmermann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. Mai 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1969 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... und ab März 2001 als Geschäftsführer beim Einzelunternehmen C.\_\_\_\_\_ angestellt gewesen, meldete sich im September 2005 unter Hinweis auf psychische Probleme bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 4, 14). Im Rahmen medizinischer und erwerblicher Abklärungen liess die IVB den Versicherten psychiatrisch begutachten (Expertise vom 3. Januar 2007; AB 25) und holte einen Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende (Bericht vom 14. November 2007; AB 28) ein. Mit Verfügung vom 9. April 2008 sprach die IVB dem Versicherten bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 60 % eine Dreiviertelsrente mit Wirkung ab 1. September 2004 zu (AB 33). Im Rahmen einer Ende 2009 eingeleiteten Revision von Amtes wegen (AB 38, 41) wurde diese Rente gestützt auf den im Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 18. Oktober 2011 ermittelten Invaliditätsgrad von nunmehr 50 % (AB 57) mit Verfügung vom 29. November 2011 per 1. Januar 2012 auf eine halbe Invalidenrente herabgesetzt (AB 60). Mit Mitteilung vom 27. Februar 2014 bestätigte die IVB den Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (AB 83).

Im Rahmen eines im Juni 2017 eingeleiteten Revisionsverfahrens (AB 84) machte der Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend (AB 88), woraufhin die IVB ihn auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 108 ff.) erneut psychiatrisch begutachten liess (Expertise vom 20. September 2018; AB 120.1) und einen aktuellen Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende einholte (Bericht vom 19. Oktober 2018; AB 121). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 122, 126) und Stellungnahme des RAD (AB 131) sowie des Bereichs Abklärungen (AB 133) hob die IVB die bisherige halbe Rente mit Verfügung vom 14. Mai 2019 bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 20 % per 1. Juli 2019 auf, wobei sie einer Beschwerde die aufschiebende Wirkung entzog (AB 134).

## **B.**

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 7. Juni 2019 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm eine ganze, eventualiter eine Dreiviertels- bzw. mindestens eine halbe Rente auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Juli 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 14. August 2019 bzw. Duplik vom 10. September 2019 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Weitere Eingaben des Beschwerdeführers samt Beilagen gingen am 26. September, 23. Oktober und 20. Dezember 2019 ein.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist 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 vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1

i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 14. Mai 2019 (AB 134), mit welcher die bisherige halbe Rente per 1. Juli 2019 aufgehoben wurde. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

**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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 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). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchti-

gung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

**2.1.2** Es ist 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 (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

**2.3** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und all-fälliger 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** 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

**2.5** 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).

**2.5.1** 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. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. 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 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

**2.5.2** 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 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

**2.5.3** 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; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

**2.5.4** 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 andauert 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 andauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV). Dabei ist im Unterschied zu dem in Art. 88a Abs. 1 IVV geregelten Tatbestand der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit nicht verlangt, dass die Änderung, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat, voraussichtlich weiterhin andauern muss. Das gesetzliche Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung ist mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit grundsätzlich erfüllt (SVR 2017 IV Nr. 71 S. 220 E. 2.3.1).

### **3.**

Zu überprüfen ist die umstrittene Rentenaufhebung. Hierzu ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der Verfügung vom 29. November 2011 (AB 60, dies unter Berücksichtigung der bis dahin ergangenen medizinischen Unterlagen [vgl. E. 3.1 nachfolgend]; da anlässlich der Rentenbestätigung gemäss Mitteilung vom 27. Februar 2014 [AB 83] keine umfassende materielle Prüfung durchgeführt wurde, ist diese insoweit unbeachtlich [vgl. E. 2.5.3 hier- vor]) mit demjenigen im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom

14. Mai 2019 (AB 134) zu vergleichen und zu prüfen, ob in dieser Zeit eine Änderung insbesondere in den medizinischen Verhältnissen eingetreten ist, welche geeignet ist, den bisherigen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.1 hiervor). Sollte im massgebenden Vergleichszeitraum eine relevante Änderung eingetreten sein, wäre in einem weiteren Schritt zu prüfen, wie sich diese auf den bisherigen Rentenanspruch auswirkt (vgl. E. 2.5.2 und 2.5.4 hiervor).

**3.1** Die Ausrichtung der (zunächst Dreiviertels- [AB 33] und alsdann halben [AB 60]) Rente erfolgte im Wesentlichen aufgrund der im psychiatrischen Gutachten vom 3. Januar 2007 gestellten Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2; AB 25/9 Ziff. 3). Der Gutachter Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, folgerte, der Beschwerdeführer leide seit ca. 2001 unter dem schleichenden Verlauf einer psychischen Störung, welche im Jahr 2004 exazerbiert sei. Diese sei vom behandelnden Psychiater als Erschöpfungsdepression umschrieben worden, welcher als auslösender Faktor eine exzessive Arbeitsbelastung vorausgegangen sei (AB 25/9 lit. B; vgl. AB 20/2 Ziff. 3). Im Rahmen dieser Erkrankung leide der Beschwerdeführer unter Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit und Traurigkeit sowie Antriebsstörungen. Weiterhin bestehe aufgrund der depressiven Symptome eine Verlangsamung des Denkens. Angstsymptome seien intermittierend auftretende Palpitationen und Schweissausbrüche sowie ein allgemein erhöhtes Besorgnisniveau. Innerhalb der bisherigen, optimal angepassten Tätigkeit ermüde er rasch und benötige vermehrt Ruhepausen. Aufgrund der Konzentrationsstörungen könnten kognitive Aufgaben (Buchhaltung, Lohnwesen, Bestellungen) nur während einer beschränkten Zeitdauer ausgeführt werden. Die psychische Belastbarkeit sei im Rahmen der depressiven Störung und der Angststörung in dem Sinne eingeschränkt, als er in Zeiten von Stress und erhöhten Anforderungen am Arbeitsplatz vermehrt mit panikartigen Symptomen und einer Zunahme der Schlafstörungen reagiere. Die bisherige Tätigkeit sei ihm noch zu vier bis fünf Stunden täglich zumutbar, wobei die Leistungsfähigkeit nach drei Stunden kontinuierlich abnehme (AB 25/10 ff. lit. C).

In der Folge ging der behandelnde Dr. med. E. \_\_\_\_\_, gemäss eigenen Angaben Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (im eidg. Medizinalberuferegister indessen nicht als Facharzt verzeichnet), im Bericht vom 30. Juni 2011 von einem stationären Gesundheitszustand bei unveränderter Diagnose (leichte depressive Störung mit Schlaflosigkeit, innerer Unruhe und Müdigkeit) aus (AB 55/1 Ziff. 1 f.).

**3.2** Hinsichtlich der seither eingetretenen Entwicklung des Gesundheitszustandes lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.2.1** Im Rahmen der revisionsweisen Bestätigung der halben Invalidenrente gemäss Mitteilung vom 27. Februar 2014 (AB 83) machten die behandelnden Ärzte und zunächst auch der Beschwerdeführer unter Hinweis auf eine Konzentrations- sowie Ausdauerschwäche, Erholungsprobleme und eine Antriebsminderung eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend (AB 65/2 Ziff. 1.1 f., 66/1 Ziff. 1 ff., 72 Ziff. 1 f.; anders aber AB 69), ehe letzterer dann selber relativierte, dass sich eigentlich nichts verändert habe (AB 82/3 oben).

**3.2.2** Auch im Revisionsfragebogen vom 8. Juli 2017 machte der Beschwerdeführer wiederum unter Hinweis auf zunehmende Probleme mit der Ausdauer und Konzentration eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend (AB 88/2 Ziff. 1.1 f.).

**3.2.3** Mit Verlaufsbericht vom 6. Oktober 2017 bestätigte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ einen stationären Gesundheitszustand bei unveränderter Diagnose, wobei sich die Müdigkeit und innere Unruhe auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten; seit 2012 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (AB 95 Ziff. 1 f.). Wegen eines Vertrauensdelikts sei die ambulante Betreuung eingestellt worden (AB 95 Ziff. 3); eine ergänzende medizinische Abklärung sei angezeigt (AB 95 Ziff. 7).

**3.2.4** Der den Beschwerdeführer seit 24. August 2017 ambulant behandelnde Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 9. Februar 2018 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10

F41.1). Der Zustand des Beschwerdeführers habe sich seit ca. vier Monaten aufgrund von Konzentrationsstörungen, vermindertem Selbstwert, Panikattacken und (täglichen) Ängsten, sozialem Rückzug, Grübeln, unter-schwelligem Suizidgedanken, Schuldgefühlen, gedrückter Stimmung sowie Interessenverlust verschlechtert. Weiterhin leide der Beschwerdeführer an Tachykardie, Schwitzen und Kopfschmerzen; es bestünden gelegentlich Verfolgungsideen. Das Behandlungsergebnis sei trotz psychiatrischer Unterstützung unbefriedigend. Unter diesen Umständen sei er zu 70 bis 100 % arbeitsunfähig (AB 102).

**3.2.5** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Gutachten vom 20. September 2018 Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2; AB 120.1/51 Ziff. 6.1). Insgesamt sei sowohl die depressive Symptomatik als auch die leichtgradige Angstsymptomatik nicht schwer genug, um die Diagnose einer anderen Störung zu stellen (AB 120.1/51 ff. Ziff. 6.2; entsprechend könnten auch die von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen [AB 102; vgl. E. 3.2.3 hiervor] nicht bestätigt werden [vgl. AB 120.1/55 f. Ziff. 7.4.3]). Der Beschwerdeführer habe im Untersuchungsverhalten in den Schilderungen oberflächlich gewirkt, er habe es vermieden, ins Detail zu gehen, und er habe gereizt reagiert, wenn diesbezüglich mehrfach Nachfragen erfolgt seien. Auffallend sei auch gewesen, dass in der Untersuchung eine Antworttendenz vorhanden gewesen sei, dass zunächst Schwierigkeiten bejaht worden seien, dann jedoch auf Nachfrage keine näheren Angaben zu den Schwierigkeiten hätten gemacht werden können. Er habe wenig motiviert gewirkt, was sich auch in der Beschwerdenuvalidierung und den Testergebnissen abbilde (AB 120.1/53 Ziff. 7.2 und 120.1/55 oben). Dabei habe er eine verminderte Anstrengungsbereitschaft gezeigt, sodass auch das Ergebnis der kognitiven Basistestung COGBAT nur unter Vorbehalt und unter Berücksichtigung der tatsächlichen Alltagsfunktionen zu sehen sei. Auffallend sei die subjektive Insuffizienzüberzeugung, die sich auch in der COGBAT abbilde, in dem der Beschwerdeführer bezüglich der subjektiven Einschätzung der geistigen Leistungsfähigkeit sich nahezu bei einem Totalausfall einordne, was sich in den übrigen Testergebnissen nicht widerspiegeln. Es könne davon ausgegangen werden, dass bei ausreichender Anstrengungsbereitschaft bessere Testergebnisse vorhanden gewesen wären (AB 120.1/52 Mitte).

Entsprechend hätten sich deutliche Hinweise auf Inkonsistenzen gezeigt. Die vom Beschwerdeführer präsentierte Leistungsfähigkeit habe unter der Leistungsfähigkeit von Patienten mit fortgeschrittener Demenz gelegen, was mit dem vom Beschwerdeführer geschilderten Alltag nicht vereinbar sei (er fahre Auto, erledige Bürotätigkeiten und kümmere sich um die Mitarbeiter). Auch die in der COGBAT erzielte Leistungsfähigkeit im Wiedererkennen komme einem Totalausfall nahe, was mit dem Alltagsfunktionsniveau des Beschwerdeführers nicht vereinbar sei (dieser fahre regelmässig mit dem Auto in sein Geschäft, wozu er bei einem Totalausfall in der Wiedererkennungsleistung und den anderen präsentierten kognitiven Dysfunktionen nicht in der Lage sein sollte). Insgesamt widerspreche das Ergebnis der COGBAT den vom Beschwerdeführer geschilderten Alltagsfähigkeiten, die darin bestünden, dass er Büroarbeiten tätige, sich mit Angestellten unterhalte, Auto fahre oder im Internet Zeitschriften lese. Nach den Kriterien von SLICK sei mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Vortäuschung kognitiver Störungen auszugehen. Die beklagten kognitiven Symptome seien nicht konsistent, nicht plausibel und nicht valide nachvollziehbar (AB 120.1/54 f. Ziff. 7.4.1 f.).

Gegenüber dem Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 3. Januar 2007 (AB 25; vgl. E. 3.1 hiervor) sei eine Verbesserung des Zustandsbildes eingetreten. Die von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ beschriebenen Gedächtnisprobleme hätten in der Untersuchung nicht festgestellt werden können, die Anamneseerhebung habe keine Hinweise auf Störungen des Gedächtnisses gezeigt. Auch die von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ beschriebene Verlangsamung des Denkens sei während der aktuellen Untersuchungssituation nicht mehr vorhanden gewesen. Im Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sei die Stimmung deutlich bedrückt gewesen, was zum Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung nicht mehr vorhanden gewesen sei. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ habe ein häufiges Weinen und eine weinerliche Stimmverfärbung beschrieben, was im Rahmen des aktuellen Gutachtens nicht mehr vorhanden gewesen sei, im Gegenteil, der Beschwerdeführer habe auch lachen können. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ als reduziert beschrieben worden; während der aktuellen Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer schwingungsfähig gezeigt, habe traurige und freudige Momente in Mimik und Gestik sichtbar zum Ausdruck bringen können.

Eine ängstlich-abhängige Grundhaltung habe im aktuellen Gutachten nicht ausgemacht werden können. Insgesamt sei aufgrund des Vergleichs der psychopathologischen Befunde im Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 3. Januar 2007 und im aktuellen Gutachten von einer deutlichen Verbesserung auszugehen, weswegen auch von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Aktuell sollte der Beschwerdeführer bei ausreichender Willensanstrengung in der Lage sein, seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Geschäftsführer eines ... zu 80 % nachzugehen (AB 120.1/55 ff. Ziff. 7.4.3); er sollte in der Lage sein, acht Stunden am Tag am Arbeitsplatz zu sein (AB 120.1/59 Ziff. 8.1.1), wobei aufgrund der verminderten Durchhaltefähigkeit bei der höchstens leichtgradigen Angstsymptomatik und depressiven Symptomatik von einer Leistungsminderung von höchstens 20 % auszugehen sei, wenn Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit auszuüben seien (AB 120.1/60 Ziff. 8.1.2). Die aktuelle Tätigkeit sei eine fast optimal angepasste Tätigkeit (AB 120.1/60 Ziff. 8.2.1); in einer optimal angepassten Tätigkeit (ohne hohe Anforderungen an die Konzentration wie z.B. im Rechnungswesen) bestünden keine Einschränkungen in zeitlicher und leistungsmässiger Hinsicht (AB 120.1/60 f. Ziff. 8.2.1 ff.). Diese Arbeitsfähigkeiten gälten seit mindestens dem Zeitpunkt der Untersuchungen (vom 24. Juli und 24 August 2018; AB 120.1/2, 120.1/60 f. Ziff. 8.1.4 und 8.2.5).

**3.2.6** Mit Bericht vom 9. Januar 2019 wiederholte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ die bereits von ihm erhobenen Diagnosen (vgl. AB 102; vgl. auch E. 3.2.3 hiervor) und attestierte eine Arbeitsfähigkeit von maximal drei bis vier Stunden pro Woche als Geschäftsführer eines ... bzw. von maximal vier Stunden im Rahmen einer gewöhnlichen Arbeit (AB 128/3 Ziff. 1 ff.). Der psychiatrische Gutachter (vgl. E. 3.2.4 hiervor) habe die Symptome des Beschwerdeführers bagatellisiert; seiner Meinung nach befinde sich der Beschwerdeführer seit einigen Jahren in einem ängstlich depressiven Zustand von mittelgradiger bis schwerer Ausprägung (AB 128/3 f. Ziff. 4).

**3.2.7** Die RAD-Ärztin Dr. med. univ. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 21. Februar 2019 (AB 131/2 f.) fest, dem Gutachter könne aufgrund der durchgeführten kognitiven Basistestung nicht vorgehalten werden, dass seine Beurteilung auf einer rein

subjektiven Wahrnehmung bzw. Einschätzung beruhe. Sowohl in der Testung mittels COGBAT als auch im Untersuchungsverhalten hätten sich mehrere Auffälligkeiten gezeigt und der Gutachter nenne deutliche Hinweise auf Inkonsistenzen; deshalb sei es nachvollziehbar, dass dieser die beklagten kognitiven Symptome als nicht konsistent, nicht plausibel und nicht valide nachvollziehbar beurteile. Aus versicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht könne weiterhin auf das Gutachten abgestellt werden, da von Seiten des behandelnden Psychiaters keine neuen medizinischen Sachverhalte (Befunde) genannt würden.

**3.3** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver

ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5).

**3.4** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung (AB 134) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten des Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 20. September 2018 (AB 120.1; vgl. E. 3.2.4 hiervor) abgestellt. Dieses erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen an eine versicherungsexterne medizinische Expertise (vgl. E. 3.3 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Der Gutachter hat sich in seiner Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie seine Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf eigene Untersuchung und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Er hatte Kenntnis von den Vorakten und würdigte die ihm zur Verfügung stehenden Informationen einlässlich. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen:

**3.5.1** Soweit der Beschwerdeführer die Ansicht vertritt, für die Einholung des psychiatrischen Gutachtens vom 20. September 2018 habe keine Veranlassung bestanden, womit darauf nicht abgestellt werden dürfe (Beschwere, S. 18 Ziff. 28), verstösst diese Argumentation gegen den auch für Private geltenden Grundsatz von Treu und Glauben (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69) und ist widersprüchlich. Er selbst hat im Revisionsfragebogen eine

Verschlechterung des psychischen Zustands geltend gemacht (AB 88/2 Ziff. 1.1), was vom behandelnden Psychiater ausdrücklich betätigt wurde (AB 102). Folglich war die Verwaltung nicht nur berechtigt, sondern aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes vielmehr verpflichtet, den medizinischen Sachverhalt weiter abzuklären, was sie mit der Einholung der psychiatrischen Expertise denn auch tat.

**3.5.2** Weiter spricht auch die abweichende Einschätzung des behandelnden Psychiaters, namentlich sein Bericht vom 9. Januar 2019, nicht gegen den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ (vgl. Beschwerde, S. 19 ff. Ziff. 29). Zum einen brachte der behandelnde Psychiater keine neuen Aspekte vor, die dem Gutachter nicht schon bekannt gewesen oder die von ihm unberücksichtigt geblieben wären (E. 3.3 hiervor). Zum anderen ist festzustellen, dass sich die Einschätzungen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ offenbar primär auf die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und nicht auf von ihm erhobenen objektiven Befunde stützte, schieg er sich doch in seinen Berichten (AB 102, 128/3 f.; vgl. E. 3.2.3 und 3.2.5 hiervor) über Verhaltensbeobachtungen und den psychiatrischen Befund aus. Dazu passt, dass er sich mit keinem Wort zur Feststellung des Experten äusserte, wonach der Beschwerdeführer mit hoher Wahrscheinlichkeit kognitive Beschwerden vortäuschte bzw. eine Leistungsfähigkeit präsentierte, die unter jener von Patienten mit fortgeschrittener Demenz lag, und welche nicht mit dem Alltagsfunktionsniveau korrelierte (AB 120.1 S. 54 f.). Schliesslich beweist die Einnahme von Antidepressiva nicht bereits das Vorhandensein einer erheblichen psychischen Erkrankung (vgl. Beschwerde, S. 21 f. Ziff. 30 und S. 28 oben), umso weniger, als der Gutachter konstatierte, gemäss Blutspiegelbestimmung liege die Dosis eher im unteren Bereich (AB 120.1/54 Ziff. 7.3).

**3.5.3** Die Beurteilung des Gutachters wird auch nicht bereits dadurch in Zweifel gezogen, dass die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers den im Rahmen einer zweimaligen persönlichen Untersuchung erhobenen psychopathologischen Befund abweichend vom Experten interpretiert (vgl. Beschwerde, S. 22 ff. Ziff. 31 f., S. 30 Ziff. 36 und S. 36 ff. Ziff. 39 f.), wozu sie als Juristin ohnehin nicht befähigt ist. So implizieren ein weitgehend ruhiges Auftreten (AB 120.1/28 unten) mit manchmal forschem, aber auch

freundlichem Verhalten im Kontakt (AB 120.1/29) bzw. eine Schwingungsfähigkeit mit auch lachenden, zeitweise gereizten, dann wieder ruhigen sowie traurigen und freudigen Anteilen (AB 120.1/30 unten) noch lange nicht eine labile Gemütsverfassung und massive Stimmungs- bzw. Gefühlsschwankungen (Beschwerde, S. 23 f. je oben). Es ist (entgegen den Ausführungen in der Beschwerde, S. 30) durchaus nachvollziehbar, dass sich eine Person mit vermindertem Selbstvertrauen kaum zur Wehr setzt, was indessen der Beschwerdeführer sehr wohl tat (vgl. AB 120.1/52 Mitte). Soweit der Beschwerdeführer seine Konzentration dadurch als eingeschränkt erachtet, als häufiges Nachfragen seitens des Gutachters nötig gewesen sei (Beschwerde, S. 22 Mitte, S. 31 oben und S. 34 oben), ist richtig zu stellen, dass dies vielmehr aufgrund bloss oberflächlichen Antwortverhaltens des Beschwerdeführers angezeigt war, was im Übrigen auch schon vom ehemals behandelnden Psychiater bemerkt worden war (vgl. z.B. AB 36/18 oben).

**3.5.4** Ähnlich verhält es sich in Bezug auf die von der Rechtsvertreterin vorgenommene Interpretation der Beschwerdevalidierung bzw. das Vorliegen von Inkonsistenzen (Beschwerde, S. 31 ff. Ziff. 37 und S. 39 f. Ziff. 41). Es stellt entgegen der Beschwerde (S. 27 ff. Ziff. 34 f.) nämlich keinen Mangel – sondern vielmehr einer der Expertentätigkeit inhärente und unabdingbare Voraussetzung – dar, dass der Experte die vom Beschwerdeführer geschilderten Befindlichkeiten nicht unbesehen bzw. unkritisch als gegeben erachtete, sondern die subjektiven Angaben namentlich mit dem psychopathologischen Befund sowie den geschilderten Aktivitäten kritisch abglich und gestützt darauf eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgab (vgl. Ziff. 6.2 der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, 3. Aufl. 2016, wonach die Prüfung der Authentizität von Beschwerden, von präsentierten Symptomen oder von Leistungseinschränkungen Bestandteil eines jeden versicherungspsychiatrischen Gutachtens ist). Statt von der vom Beschwerdeführer behaupteten verminderten Konzentrationsfähigkeit ist mit dem Gutachter vielmehr von einer verminderten Anstrengungsbereitschaft auszugehen, weshalb auch das Ergebnis der kognitiven Basistestung COGBAT nur unter Vorbehalt und unter Berücksichtigung der tatsächlichen Alltagsfunktionen gewertet werden kann. Die vom Beschwer-

deführer im Zusammenhang mit der kognitiven Basistestung geltend gemachten Stressoren (Beschwerde, S. 31 f., S. 35 f. und S. 39) treffen auf sämtliche Probanden zu und sind einer solchen Testung gleichsam inhärent. Gründe dafür, dass die Überprüfung der Grundlagen und Schlussfolgerungen des Gutachtens angezeigt erschienen, bestehen hier keine, so dass auf die beantragte Edition der Testunterlagen (Beschwerde, S. 33, S. 36 und S. 39 f.) in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann (vgl. Entscheid des BGer vom 9. November 2017, 8C\_466/2017, E. 4.1.2).

**3.5.5** Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (Beschwerde, S. 31 oben und S. 39 f. Ziff. 41) hat der Gutachter im Rahmen der persönlichen Untersuchung Inkonsistenzen nicht verneint, sondern einzig darauf hingewiesen, dass solche nicht besprochen worden seien (vgl. AB 120.1/28 Ziff. 3.2.15). In der Beurteilung des Untersuchungsverhaltens hielt der Gutachter denn auch fest, der Beschwerdeführer habe in den Schilderungen oberflächlich gewirkt, habe es vermieden, ins Detail zu gehen, und habe gereizt reagiert, wenn diesbezüglich mehrfach Nachfragen erfolgt seien. Er habe wenig motiviert gewirkt, was sich auch in der Beschwerdevalidierung und den Testergebnissen abbilde (AB 120.1/53 Ziff. 7.2). Bei der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität stellte der Gutachter deutliche Hinweise auf Inkonsistenzen fest, lag doch die vom Beschwerdeführer präsentierte Leistungsfähigkeit unter derjenigen eines Patienten mit fortgeschrittener Demenz, was mit dem vom Beschwerdeführer geschilderten Alltag nicht vereinbar war. Sowohl aufgrund der Testergebnisse als auch des Untersuchungsverhaltens schloss der Experte in nachvollziehbarer Weise auf das Vortäuschen kognitiver Störungen (AB 120.1/54 f. Ziff. 7.4.1) und bezeichnete die geklagten kognitiven Symptome als nicht konsistent, nicht plausibel und nicht valide nachvollziehbar (AB 120.1/55 Ziff. 7.4.2; vgl. auch AB 131/3 Mitte).

**3.5.6** Schliesslich hat der psychiatrische Gutachter überzeugend dargelegt, dass sich das psychiatrische Zustandsbild seit der Begutachtung durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (AB 25; vgl. E. 3.1 hiervor) deutlich verbessert hat, namentlich dass die vom Vorgutachter festgestellten Gedächtnisprobleme nicht mehr bestanden, keine Verlangsamung des Denkens mehr feststellbar war, die Stimmung nicht mehr deutlich bedrückt war und die

affektive Schwingungsfähigkeit nicht mehr reduziert war (AB 120.1/55 ff. Ziff. 7.4.3; vgl. auch E. 3.2.4 zweiter Abschnitt hiervor). Insoweit ist sein Gutachten auch unter revisionsrechtlichem Blickwinkel beweiskräftig (vgl. Entscheid des BGer vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 4.2, publ. in: SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81).

**3.5.7** Auf das Einholen eines orthopädischen Gutachtens (vgl. Beschwerde, S. 40 ff. Ziff. 42, und Eingaben vom 14. August 2019, S. 8 f. Ziff. 8, sowie vom 19. Dezember 2019) kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden, da einerseits die orthopädischen Veränderungen erst nach Verfügungserlass (14. Mai 2019; AB 134) eingetreten sind (vgl. die entsprechenden Berichte vom 6. Juni, 19. Juni, 1. Juli, 11. September und 27. September 2019 [Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage {BB} 42 ff.]) bzw. selbst wenn nicht, der Kreisarzt anlässlich der Untersuchung vom 27. November 2019 ein Zumutbarkeitsprofil festlegte (der Beschwerdeführer kann ganztags noch leichte körperliche Tätigkeiten vorwiegend im Sitzen mit Gelegenheit zu gelegentlichem Erheben und Umhergehen verrichten; das Besteigen von Leitern, Gerüsten und Treppen ist zu vermeiden, ebenso das Kauern und Knien; weitere Zwangshaltungen für das Kniegelenk sind ebenfalls zu vermeiden; der Beschwerdeführer ist nicht in der Lage, rezidivierend Pedale von Maschinen zu bedienen; das Heben von Lasten bis 15 kg ist gelegentlich möglich, das Tragen von Lasten ist zu vermeiden [BB 48/5]), gestützt worauf – und ohne medizinische Weiterungen – ein Einkommensvergleich vorgenommen werden kann.

**3.6** Nach dem Dargelegten ist dem Beschwerdeführer einerseits aus somatischer Sicht eine angepasste (leichte) Tätigkeit ganztags zumutbar (vgl. E. 3.5.7 hiervor) und andererseits sind die vom psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnosen nachvollziehbar begründet und die daraus resultierende Arbeitsfähigkeit von 80 % (angestammt) bzw. 100 % (Verweistätigkeit), die spätestens seit den gutachterlichen Untersuchungen (24. Juli und 24. August 2018; AB 120.1/2 Ziff. 1.1.4) gelten (AB 120.1/60 f. Ziff. 8.1.4 und 8.2.4), ist einleuchtend und schlüssig. Eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte kann auch aus einer Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 nicht resultieren (Entscheid des BGer vom 25. September 2018, 8C\_241/2018, E. 7.5.2). In der Folge kann hier

auf die Durchführung der Indikatorenprüfung verzichtet werden, bleibt es doch von vornherein bei einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad (vgl. E. 4.2 nachfolgend).

**3.7** Ein Revisionsgrund ist aufgrund der veränderten Befundlage (vgl. E. 3.2.4 zweiter Abschnitt hiervor) ausgewiesen (vgl. E. 2.5.1 und 3.5.6 hiervor). Aber auch die Veränderung der massgebenden Vergleichseinkommen (d.h. Validen- und Invalideneinkommen) kann einen Revisionsgrund darstellen (JELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 17 N. 30 und 32). Ein solcher ist vorliegend mit dem Wegfall der bisherigen Tätigkeit infolge Geschäftsaufgabe der Ehefrau per 30. September 2018 (AB 126/28 ff.) gegeben. Weil sowohl ein medizinischer als auch ein erwerblicher Revisionsgrund erstellt ist, kann offen bleiben, ob mit dem Vortäuschen kognitiver Beschwerden (AB 120.1/55) ein weiterer Revisionsgrund gegeben wäre (vgl. Entscheid des BGer vom 6. März 2019, 8C\_825/2018, E. 6.1).

**3.8.** Der Sachverhalt ist somit hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Eventualantrag in der Beschwerde (S. 29 unten, S. 33 unten und S. 36 ff.) – auf weitere Beweiserhebungen (insbesondere ein neues psychiatrisches Gutachten) zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung).

Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

## **4.**

### **4.1**

**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 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der

tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

**4.2** Unter Berücksichtigung des eben Ausgeführten lässt sich der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (AB 134/1; vgl. auch AB 121 f. Ziff. 4 und AB 133/2) nicht beanstanden. Die Beschwerdegegnerin hat die beiden Vergleichseinkommen korrekt festgesetzt und gestützt darauf einen Invaliditätsgrad von 20 % ermittelt, der ab 24. August 2018 Gültigkeit hat (AB 120.1/60 Ziff. 8.1.4 i.V.m. 120.1/2). Doch selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 24 ff. Ziff. 32 f.) für das Invalideneinkommen auf das per 2018 aufindexierte Total, Männer, Kompetenzniveau 1 der Tabelle TA1 der LSE (LSE 2016: 12 x Fr. 5'340.-- = Fr. 64'080.--; aufindexiert auf 2018: Fr. 64'080.-- : 100.6 x 101.5 = Fr. 64'653.--) abgestellt würde (wobei gemäss Zumutbarkeitsprofil eine solche Verweistätigkeit in einem vollen Pensum zumutbar ist [vgl. E. 3.6 hiervor) und vom Valideneinkommen gemäss Verfügung (Fr. 94'300.--) ausgegangen würde, resultierte ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 31 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Es besteht folglich im hier massgebenden Zeitraum so oder anders kein Anspruch auf eine Rente mehr (vgl. E. 2.2. hiervor).

## 5.

**5.1** Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei Personen, deren Rente revisions- oder wiedererwägungsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll und die während mindestens fünfzehn Jahren eine Rente bezogen oder das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente auszurichten, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann, weil in jedem Einzelfall feststehen muss, dass die (wiedergewonnene) Erwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (erneut) verwertbar ist (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211).

**5.2** Vorliegend ist ein fünfzehnjähriger Rentenbezug knapp nicht erreicht. Sogar wenn er insoweit grundsätzlich Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen vor der Rentenaufhebung (BGE 141 V 5 E. 4.2.2 S. 8) hätte, setzen Eingliederungsmassnahmen eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus (vgl. zum Ganzen: Entscheid des BGer vom 7. September 2015, 9C\_231/2015, E. 4), was hier fehlt. Der Beschwerdeführer gab während der Begutachtung an, es gehe nichts mehr, er habe keine Geduld mehr, habe die Nerven nicht mehr, auch andere Tätigkeiten sehe er nicht (AB 120.1/26 Ziff. 3.2.9). Aufgrund des Dargelegten sieht sich der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen und verfügt weder über den Willen noch die Motivation zur Aufnahme einer solchen. Ausdruck der nicht gegebenen Eingliederungsbereitschaft ist schliesslich, dass der (bereits im Vorbescheidverfahren rechtskundig vertretene) Beschwerdeführer weder damals noch im vorliegenden Verfahren den Antrag stellte, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. Vielmehr bestritt der Beschwerdeführer in diesem Kontext allein die Zulässigkeit der Rentenaufhebung. Unter diesen Umständen ist die fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich erstellt, womit die Voraussetzungen für Eingliederungsmassnahmen nicht gegeben sind. Folglich war die Verwaltung trotz des grenzwertig langen Rentenbezugs befugt, die Invalidenrente ohne Weiterungen aufzuheben (SVR 2019 IV Nr. 3 S. 9 E. 7).

**6.**

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 14. Mai 2019 (AB 134) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

**7.**

**7.1** 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.

**7.2** Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit 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 Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin Dr. 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.