

200 14 682 IV  
SCJ/RUM/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 28. November 2014**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Rüfenacht

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwältin Dr. iur. C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Juni 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1963 geborene A. \_\_\_\_\_ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 14. Januar 2011 bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) unter Angabe einer Herzinsuffizienz, fehlender Kraft, Atembeschwerden und Müdigkeit zum Bezug von IV-Leistungen an (Dossier der IVB, Antwortbeilagen [AB] 9). Die IVB holte Unterlagen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht sowie einen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen (RAD) vom 31. Januar 2011 (AB 15) ein und gewährte dem Versicherten Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (AB 35). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens verneinte sie mit Verfügung vom 27. September 2011 einen Rentenanspruch (AB 37).

### **B.**

In der Folge erteilte die IVB dem Versicherten Kostengutsprache für einen Arbeitsversuch vom 1. Dezember 2012 bis 28. Februar 2013, welcher zweimalig bis 31. Juli 2013 verlängert wurde (AB 53, 65, 71). In einer Rückmeldung vom 30. Juli 2013 hielt der Zuständige des ... fest, für den Versicherten werde ein teilgeschützter Arbeitsplatz empfohlen, und stellte Arztberichte in Aussicht (AB 74). Per 1. August 2013 erhielt der Versicherte im ... eine unbefristete Anstellung mit einem Arbeitspensum von 30 % (AB 83/2). Daraufhin schloss die IVB mit Mitteilung vom 17. September 2013 die Arbeitsvermittlung ab (AB 78) und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 22. Oktober 2013 zunächst das Nichteintreten auf ein Rentengesuch in Aussicht (AB 79; vgl. auch E. 3.1 hiernach). Auf Einwand des Versicherten hin (AB 80) sowie aufgrund von weiteren medizinischen Unterlagen holte die IVB einen RAD-Bericht vom 7. April 2014 ein (AB 98/2), prüfte das Leistungsbegehren materiell und wies – nach erneuter Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 99, 101, 103/1 ff.) – mit Verfügung vom 10. Juni 2014 einen Rentenanspruch bei einem IV-Grad von 15 % ab (AB 106).

## **C.**

Mit Eingabe vom 11. Juli 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, Rechtsanwältin Dr. iur. C.\_\_\_\_\_, Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 10. Juni 2013 sei aufzuheben und die Sache sei zur weiteren Abklärung des Sachverhalts an die IV-Stelle zurückzuweisen, eventualiter sei dem Beschwerdeführer eine IV-Rente auszurichten. In der Begründung wird im Wesentlichen eine unvollständige Feststellung bzw. unrichtige Würdigung des medizinischen Sachverhalts gerügt.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. August 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin 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** Angefochten ist die Verfügung vom 10. Juni 2014 (AB 106). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente.

**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). 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.

**2.2** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV; bis 31. Dezember 2011 Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h.

keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**2.3** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der

Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

### **3.**

**3.1** Ohne eigentliche Neuanmeldung, sondern einzig auf der Basis einer arbeitgeberseitigen Rückmeldung vom 30. Juli 2014 im Rahmen des Arbeitsversuchs, wonach der Beschwerdeführer auf einen teilgeschützten Arbeitsplatz angewiesen sei (AB 74), sah die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 22. Oktober 2013 vor, auf ein Rentengesuch nicht einzutreten (AB 79). Nachdem der Beschwerdeführer sich dagegen gewehrt hatte und der Beschwerdegegnerin mehrere Arztberichte zugekommen waren, klärte diese den Anspruch durch Einholen einer Stellungnahme des RAD materiell ab (AB 98/2), stellte mit neuem Vorbescheid vom 10. April 2014 – nach Prüfung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse – die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht (AB 99) und erliess am 10. Juni 2014 die entsprechende Verfügung (AB 106). Unter diesen Umständen ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der unangefochten gebliebenen Verfügung vom 27. September 2011 (AB 37) und der hier angefochtenen Verfügung vom 10. Juni 2014 (AB 106) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. E. 2.2 hiavor).

**3.2** Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Juli 2013, 8C\_441/2012, E. 6.1.2). Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (BGer 8C\_441/2012, E. 6.1.3).

**3.3** Der ersten rentenabweisenden Verfügung vom 27. September 2011 lagen im Wesentlichen folgende medizinischen Berichte zugrunde:

**3.3.1** Im Bericht vom 14. Oktober 2010 der Kardiologie ... wurden als Diagnosen eine dilatative Kardiomyopathie unklarer Ätiologie, ein Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) sowie ein Äthyl-Überkonsum bei kardiovaskulären Risikofaktoren (arterielle Hypertonie, Nikotin und Adipositas) festgehalten. Aktuell sei der Beschwerdeführer kardiopulmonal kompensiert, echokardiographisch seien die Befunde stabil. Wahrscheinlich bestehe ein relevantes obstruktives oder zentrales Schlafapnoe-Syndrom mit Schnarchen und Atempausen sowie ausgeprägter Tagesmüdigkeit (AB 36/12).

**3.3.2** Im Bericht vom 31. Januar 2011 hielt der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, für Allgemeine Innere Medizin FMH sowie Tropen- und Reisemedizin FMH,

fest, der Beschwerdeführer rauche und trinke, was zu seinem Leiden beitrage, jedoch invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant sei. Aus rein medizinischer Sicht sei der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2011 in der bisherigen Tätigkeit als ... sowie in jeder anderen körperlich leichten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Eine körperlich mittelschwere oder schwere Tätigkeit könne ihm dagegen nicht mehr zugemutet werden (AB 15/2 f.).

**3.3.3** Im Bericht vom 20. Mai 2011 führte Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, als Diagnose ein sehr diskretes bzw. grenzwertiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) auf. Zumindest aktuell liege kein behandlungsbedürftiges OSAS vor. Es bestehe auch keine Cheyne-Stokes-Atmung. Möglicherweise habe sich die kardiale Situation inzwischen verbessert (AB 36/9 f.).

**3.3.4** Im Arztbericht vom 29. August 2011 führte die Hausärztin med. prakt. F.\_\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine dilatative Kardiomyopathie unklarer Ätiologie, einen Alkoholabusus und ein grenzwertiges OSAS ohne Therapieindikation auf. Es sei eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 1. Oktober 2010 bis 31. März 2011 bescheinigt worden. Wegen der deutlich verminderten kardialen Leistungsfähigkeit sei eine körperlich belastende Tätigkeit mit z.B. regelmässigem Heben von Lasten über 5 kg oder Arbeiten auf Leitern sowie Arbeiten mit häufigem Bücken nicht möglich. Dagegen könne eine adaptierte körperliche Tätigkeit ausgeführt werden. Dabei bestehe eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit (AB 36/3 ff.).

**3.4** Für die Verlaufsbeurteilung ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen Folgendes:

**3.4.1** Im Bericht vom 14. Februar 2012 des Spitals I.\_\_\_\_\_ wurden als Diagnosen ein Alkoholabhängigkeitssyndrom ICD-10 F10.2 sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Merkmalen (ICD-10 Z73.1) und eine depressive Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (Substanzmissbrauch) bzw. differentialdiagnostisch eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) aufgeführt. Der Beschwerdeführer habe primär den Alkoholkonsum thematisiert. Er sei affektiv aversiv gereizt und sehr ge-kränkt gewesen, weil er sich in Paarbeziehungen, auch in der jetzigen, trotz

grosser Bemühungen ausgenutzt und nicht angenommen fühle. Verschiedene Gesprächstermine seien nicht wahrgenommen worden. Es würden keine Psychopharmaka eingenommen (AB 82/20).

**3.4.2** Im Bericht der Kardiologie ... vom 21. Mai 2012 hielt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, als Diagnosen eine dilatative Kardiomyopathie, ein grenzwertiges OSAS ohne Therapieindikation, einen Äthyl-Überkonsum und einen Status nach Herpes Simplex Auge links fest. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen anamnestischen Angaben und der aktuellen Untersuchung ohne klinische Herzinsuffizienzzeichen, mit verbesserter linksventrikulärer Pumpfunktion und unauffälligem Ruhe-EKG (AB 76/8).

**3.4.3** Im Bericht des Spitals I.\_\_\_\_\_, vom 4. März 2013 wurden als Diagnosen eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD; Erstdiagnose im Februar 2013), eine dilatative Kardiomyopathie unklarer Äthiologie, ein grenzwertiges OSAS und ein Status nach Alkoholabhängigkeitsyndrom aufgeführt. Eine Lungenfunktionsuntersuchung habe eine reversible Obstruktion bei einem FEV1 von 33 % bzw. 48 % nach Inhalationen ergeben (AB 76/4 f).

**3.4.4** Im Bericht der Kardiologie ... vom 29. Juli 2013 wurde festgehalten, die langfristige Prognose scheine insbesondere vom Verlauf der COPD abhängig zu sein. Der Beschwerdeführer habe sämtliche Inhalativa bis auf Ventoline gestoppt. Es werde gebeten, den wahrscheinlich weiterhin „malcomplianten“ Patienten für eine Besprechung und eine Standortbestimmung der medikamentösen Therapie anzubieten. Gegebenenfalls sollte die bereits im Februar 2013 geplante, vom Beschwerdeführer aber abgesagte pneumologische Abklärung nachgeholt werden (AB 76/3).

**3.4.5** Im Verlaufsbericht vom 5. September 2013 hielt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ einen seit 29. August 2011 stationären Gesundheitszustand fest. Es habe sich seit der letzten Diagnosestellung keine Veränderung ergeben. Allein die dilatative Kardiomyopathie habe Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es seien keine neuen medizinischen Befunde hinzugekommen (AB 76/1 f.).

**3.4.6** Im Arztbericht vom 28. November 2013 führte die Hausärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine COPD, eine dilatative Kardiomyopathie unklarer Ätiologie, ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Merkmalen, eine depressive Störung sowie als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein grenzwertiges OSAS auf. Es bestünden eine reduzierte physische als auch psychische Belastbarkeit, die Leistungsfähigkeit sei reduziert. Die aktuelle Tätigkeit im Rahmen des Arbeitsversuchs bei der ... mit einem zeitlichen Pensum von 30 % sei zumutbar. Eine grössere Arbeitsbelastung sei nicht möglich (AB 82/1 ff.).

**3.4.7** Im Bericht vom 11. Dezember 2013 diagnostizierte Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, eine schwere teilreversible obstruktive Ventilationsstörung (FEV1 36 % bzw. nach Inhalation 42 %), einen Verdacht auf OSAS und eine dilatative Kardiomyopathie unklarer Ätiologie. Differenzialdiagnostisch müsse an eine asthmatische Komponente gedacht werden. Die Diffusionskapazität sei nur leicht vermindert und es liege nur eine leichte partial respiratorische Insuffizienz vor, sodass für eine Langzeitsauerstofftherapie noch keine Indikation gegeben sei. Eine Belastungshypoxämie sei jedoch möglich bzw. wahrscheinlich. In Anbetracht der extremen Schläfrigkeit und der Nykturie müsse an eine Progredienz des bereits 2011 vermuteten OSAS gedacht werden (AB 87/1 f).

**3.4.8** Im Bericht vom 24. Februar 2014 führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ diagnostisch eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung (FEV1 60 %), ein mittelschweres OSAS und eine dilatative Kardiomyopathie unklarer Ätiologie auf. Gegenüber der Voruntersuchung zeige sich lungenfunktionell unter medikamentöser Therapie eine signifikante Verbesserung mit einer Zunahme des FEV1 um 24 %. Es bestehe weiterhin eine signifikante Reversibilität. Klinisch habe die Obstruktion deutlich abgenommen. Hinsichtlich der OSAS bestehe in Anbetracht des Befundes und der Tagesschläfrigkeit die Indikation für eine CPAP-Therapie (AB 91/2 f.).

**3.4.9** Im Bericht vom 7. April 2014 hielt der RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, zwar seien weitere gesundheitliche Störungen dazu gekommen. Jedoch sei die im Jahr 2011 im Vordergrund gelegene kardiale

Einschränkung deutlich besser geworden. Insgesamt könne nicht von einer andauernden relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Das Zumutbarkeitsprofil von 2011 (zumutbares volles Pensum bei leichter Arbeit) habe immer noch Gültigkeit. Die Beeinträchtigungen seien zu einem beträchtlichen Teil mitbedingt durch Suchtmittelgebrauch. Die Hausärztin und der Arbeitgeber würden von einer Arbeitsfähigkeit von 30 % ausgehen. Dies sei angesichts des bisher erfreulichen Verlaufs der objektiven gesundheitlichen Einschränkungen (kardial, pulmonal) nicht nachvollziehbar. Ohne die Auswirkungen von Alkohol und Nikotin könne in einer gut adaptierten körperlich leichten Tätigkeit von einer vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Es bestehe keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr (AB 98/2 f.).

#### **4.**

Damit ist auf der Basis der in den Akten liegenden Berichte Folgendes festzuhalten:

**4.1** Die dilatative Kardiomyopathie – die schon ab 31. März 2011 zu keiner Arbeitsunfähigkeit mehr geführt hatte – hat sich seit der rentenabweisenden Verfügung vom 27. September 2011 weiter verbessert. So konnten anlässlich der kardiologischen Untersuchung vom 21. Mai 2012 keine Herzinsuffizienzzeichen mehr festgestellt werden und die linksventrikuläre Pumpfunktion war besser, sodass auf eine klare Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den (objektiven) Untersuchungsbefunden hinzuweisen war (AB 76/8). Gemäss dem Verlaufsbericht vom 29. Juli 2013 von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ lagen seit Februar 2013 wieder weitgehend normale Befunde, namentlich eine normalisierte Pumpfunktion vor (AB 76/3; vgl. auch AB 76/1).

**4.2** Bezüglich des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS) wurden in den Berichten der behandelnden Ärzte vom 21. Mai 2012 (AB 76/8) und vom 4. März 2013 (AB 76/4) die im Mai 2011 vom Pneumologen Dr. med. E.\_\_\_\_\_ beschriebene Diagnose, wonach allein ein sehr diskretes bzw. grenzwertiges OSAS ohne Therapieindikation und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (AB 36/9 f.), bestätigt. Auch aus dem Bericht der

Hausärztin vom 28. November 2013 geht nichts anderes hervor (AB 82/2). Im Februar 2014 hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ aufgrund einer neuerlichen Polygraphie-Untersuchung als Diagnose zwar nunmehr ein mittelschweres OSAS fest (AB 91/2). Ein Vergleich der von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ gemessenen Sauerstoffsättigung zeigt jedoch ein praktisch identisches Bild von durchschnittlich 92.2 % bzw. 93 %, minimal 82 % bis 81 % (AB 36/10, 91/3). Über das von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ anamnestisch festgehaltene starke Schnarchen sowie die ausgeprägte Tagesmüdigkeit (AB 90/1) wurde ebenfalls bereits in den Jahren 2010 und 2011 berichtet (AB 14/8 f., 36/9). Somit liegt auch unter dem Gesichtspunkt des OSAS keine überwiegend wahrscheinliche relevante Verschlechterung der Situation vor. Zudem kann gemäss den Angaben des RAD-Arztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_ mit einer (von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ empfohlenen; AB 91/3) dem Beschwerdeführer im Rahmen der Schadenminderungspflicht zumutbaren Sauerstofftherapie nachts die Schlafqualität bzw. Tagesschläfrigkeit noch verbessert werden (AB 98/2), sodass aufgrund des OSAS nach wie vor von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist.

**4.3** Die mittelschwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) wurde erstmals im Februar 2013 im Spital I.\_\_\_\_\_ diagnostiziert. Unter medikamentöser Behandlung gingen die Beschwerden rasch zurück (AB 76/4 f.). Im Dezember 2013 diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ auf der Basis eigener Untersuchungsergebnisse eine schwere COPD, hielt aber auch hier eine Indikation für eine Langzeitsauerstofftherapie bei allein möglicher Belastungshypoxämie (unter Belastung verminderter Blutsauerstoffgehalt; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 981) nicht für indiziert (AB 87/1 f.). Dass die Messungen im Vergleich zum Februar 2013 schlechtere Lungen- und Atemparameter ergaben, dürfte aufgrund der Akten darauf zurückzuführen sein, dass der Beschwerdeführer die Medikamente zur Verbesserung der Lungenfunktion im Sommer 2013 praktisch vollständig abgesetzt hatte (AB 76/3). Dies wird denn auch dadurch bestätigt, dass unter erneuter Einnahme der Inhalativa die Resultate der zweiten Lungenfunktionsuntersuchung bei Dr. med. H.\_\_\_\_\_ signifikant besser waren und die Obstruktion deutlich abgenommen hat bzw. wie bereits im Frühjahr 2013 allein noch als mittelschwer eingestuft wurde (AB 91/2). Aus den Akten ergibt sich somit, dass gegenüber dem der ren-

tenabweisenden Verfügung vom September 2011 zugrunde gelegenen Sachverhalt zwar eine mittelschwere COPD hinzugekommen ist. Diese ist jedoch entsprechend der von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ beschriebenen signifikanten Reversibilität medikamentös gut kontrollierbar (AB 76/4 f., 91/3) und schränkt deshalb nach der schlüssigen Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit nicht ein (AB 98/2). Aus den Berichten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ und des Spitals I. \_\_\_\_\_ ergibt sich nichts anderes (AB 91/2 f., 87/1 f., 76/4 f.).

**4.4** Was schliesslich die im Bericht vom 14. Februar 2012 des Spitals I. \_\_\_\_\_ (AB 82/20 f.) aufgeführte depressive Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (Substanzmissbrauch) bzw. leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) anbetrifft, vermag eine solche rechtsprechungsgemäss keine leistungsspezifische Invalidität (Art. 4 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG) zu begründen (Entscheidung BGer vom 25. Januar 2010, 9C\_260/2009, E. 2.3 und vom 4. April 2007, I 251/06, E. 3.3.1). Gleiches gilt hinsichtlich der im Bericht erwähnten akzentuierten Persönlichkeitszüge (Entscheidung des BGer vom 6. November 2012, 9C\_437/2012, E. 3.3; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.1). Entsprechend wurde von den Fachärzten zu Recht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit postuliert. Weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Untersuchungen oder Behandlungen gab es in der Folge nicht.

**4.5** Die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 7. April 2014 (AB 98/2), wonach sich seit der letzten rentenabweisenden Verfügung in medizinischer Hinsicht keine relevante Verschlechterung ergeben habe und somit das Zumutbarkeitsprofil von damals unverändert Gültigkeit habe, basiert – nach dem bisher Dargelegten – auf einer vollständigen und bezüglich der fachärztlichen Angaben übereinstimmenden Aktenlage. Eine Aktenbeurteilung zur Würdigung der seit der rentenabweisenden Verfügung vom September 2011 neu eingereichten Berichte war somit ohne weiteres zulässig und hinreichend. Die Beurteilung ist zudem in medizinischer Hinsicht nicht zu beanstanden. Sie stimmt mit der Sachlage überein, ist nachvollziehbar und schlüssig. Insbesondere war der RAD-Arzt fachlich genügend kompetent, um die Arztberichte auf eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes hin zu überprüfen.

Die Schlussfolgerungen von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ halten auch vor den Angaben der Hausärztin stand, welche im Bericht vom 28. November 2013 ohne weitere Begründung allein auf das dem Beschwerdeführer vom damaligen Arbeitgeber – entgegen der medizinischen Sachlage – attestierte stark eingeschränkte Leistungsvermögen von 30 % abgestellt hat (AB 82/4; vgl. AB 97/9, 74/2). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass fachärztlicherseits explizit auf eine Diskrepanz zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und den objektivierbaren Befunden hingewiesen wurde (AB 76/8). Die Wahrnehmung und Einschätzung der versicherten Person allein, welche auch einen Arbeitsversuch zu beeinflussen vermag, kann für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht massgebend sein. Aufgabe der Ärzte ist es, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und verbleibende Arbeits- und Leistungsfähigkeit einer objektivierbaren Betrachtungsweise zu unterziehen. Vorliegend legte die Hausärztin jedoch nicht dar, auf welcher medizinisch-theoretischen Grundlage der Beschwerdeführer auch in einer angepassten körperlich leichten Tätigkeit nur reduziert arbeits- und leistungsfähig sein soll. Der Bericht vermag deshalb keine auch nur geringen Zweifel an der Einschätzung des RAD-Arztes zu erwecken, sodass keine Veranlassung für eine externe Begutachtung bestand bzw. besteht.

In Bezug auf die in den Akten verschiedentlich thematisierte Non-Compliance (AB 82/20, 76/3; vgl. auch AB 17/1) ist schliesslich festzuhalten, dass es dem Beschwerdeführer im Rahmen der Schadenminderungspflicht namentlich zuzumuten ist, ärztliche Termine wahrzunehmen und seine Medikamente regelmässig einzunehmen. Für eine auf eine fehlende Compliance zurückzuführende (invaliditätsfremde) Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist die Invalidenversicherung nicht leistungspflichtig.

**4.6** Zusammenfassend ist aufgrund der Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass das Zumutbarkeitsprofil, welches der rentenabweisenden Verfügung vom September 2011 zugrunde gelegen hatte, nach wie vor massgebend ist. Damit besteht für weitere, beschwerdeweise beantragte medizinische Abklärungen kein Raum. Weil auch keine erwerblichen Veränderungen ausgewiesen sind – der Beschwerdeführer ging seit einem temporären Einsatz Mitte 2011 (AB 27/2, 33/1) keiner ihm medizinisch an sich zumutbaren Tätigkeit nach – und deshalb kein Revisionsgrund vorliegt,

erweist sich die Beschwerde bereits aus diesem Grund als unbegründet. Sie ist demnach abzuweisen, ohne dass ein Einkommensvergleich durchgeführt werden müsste, womit offen bleiben kann, ob das Valideneinkommen korrekt ermittelt worden ist.

## **5.**

**5.1** 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. Der unterliegende Beschwerdeführer hat damit grundsätzlich die Verfahrenskosten zu bezahlen, die gerichtlich auf Fr. 700.-- festgesetzt werden.

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

**5.3** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Das vorliegend zu beurteilende Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege bezieht sich einzig auf die Befreiung von den Kosten des Beschwerdeverfahrens. Da Rechtsanwältin Dr. iur. C. \_\_\_\_\_ vom B. \_\_\_\_\_ in keinem Anwaltsregister eingetragen ist, könnte sie dem Beschwerdeführer ohnehin nicht als amtliche Anwältin zugeordnet werden (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter [www.justice.be.ch](http://www.justice.be.ch)).

Die Prozessarmut des vom Sozialdienst unterstützten Beschwerdeführers ist gestützt auf die von ihm eingereichten Unterlagen erstellt (vgl. Gesuchsbeilagen [BB 4 ff.]). Da weiter das Beschwerdeverfahren nicht als von vornherein aussichtslos zu betrachten ist, ist das am 11. Juli 2014 gestellte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht gutzuheissen. Der Beschwerdeführer ist damit – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272), d.h. sobald er innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist – vorläufig von der Bezahlung der Verfahrenskosten zu befreien.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird hinsichtlich der Verfahrenskosten gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):

- B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,  
3001 Bern

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.