

200 14 732 IV
LOU/SAW/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. Juni 2015

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Winiger

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Juni 2014



Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 15. September 2010 bei der Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf eine Diabetes-Erkrankung zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) berufliche und medizinische Erhebungen durch und veranlasste insbesondere eine Untersuchung bei Dr. med. C._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (vgl. Untersuchungsbericht vom 16. Februar 2012, act. II 59). Mit Vorbescheid vom 16. Mai 2012 (act. II 78) stellte die IVB dem Versicherten bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 17% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Aufgrund des dagegen erhobenen Einwands (act. II 79) holte die IVB eine weitere Stellungnahme beim RAD ein (act. II 82) und verfügte daraufhin am 29. Juni 2012 wie im Vorbescheid angekündigt (act. II 83). Diese Verfügung wurde in der Folge mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 14. Dezember 2012, IV/2012/718 (act. II 92), bestätigt.

B.

Am 18. Januar 2013 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 94). In der Folge führte die IVB medizinische und erwerbliche Erhebungen durch und holte dabei u.a. bei Dr. med. C._____ eine Beurteilung der medizinischen Situation ein (vgl. Bericht vom 27. August 2013, act. II 118). Gestützt auf die Ergebnisse der getätigten Abklärungen stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 26. November 2013 (act. II 119) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht und gab zur Begründung an, eine Verschlechterung von ausreichender Relevanz sei nicht ausgewiesen. Damit zeigte sich der Versicherte nicht einverstanden und erhob am 3. Dezember 2013 Einwand (act. II 120), den er, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B._____, am 13. Januar 2014 (act. II 122) begründen liess.

Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme beim RAD (act. II 133) verfügte die IVB am 27. Juni 2014 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt und wies das Leistungsbegehren ab (act. II 134).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B._____, am 11. August 2014 Beschwerde. Er beantragt die kostenfällige Aufhebung der Verfügung vom 27. Juni 2014 sowie die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen der IV, namentlich eine dem Invaliditätsgrad entsprechende Invalidenrente. Eventualiter ersucht er um Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zu neuer Sachverhaltsabklärung und zur Neubeurteilung.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. September 2014 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 9. Oktober 2014 bestätigte der Beschwerdeführer im Rahmen der Replik die gestellten Rechtsbegehren und reichte einen weiteren Arztbericht des Hausarztes, Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 9. August 2014 ein (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 5).

Die Beschwerdegegnerin nahm mit Duplik vom 7. November 2014 zur Replik Stellung und hielt am gestellten Rechtsbegehren fest.

Mit Eingabe vom 18. Februar 2015 gab der Beschwerdeführer einen medizinischen Bericht des Spitals E._____, vom 6. Februar 2015 zu den Akten (act. I 6).

In der Stellungnahme vom 10. März 2015 äusserte sich die Beschwerdegegnerin zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 18. Februar 2015 und bestätigte den Antrag auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt ist die Verfügung vom 27. Juni 2014 (act. II 134). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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). Er-

werbsunfähigkeit 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 Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.2.2 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen.

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.

2.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliede-

rungsmassnahmen 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).

2.5 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).

2.6 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 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). 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).

2.7 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 Neuanmeldungsverfahren – 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).

3.

3.1 Aus den Akten ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 18. Januar 2013 (act. II 94) eingetreten ist. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Beschwerdegegnerin verhalte sich widersprüchlich, wenn sie zunächst auf das Leistungsgesuch eintrete und in der Folge aber eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes als nicht ausgewiesen erachte, zumal „nicht ausgewiesen“ so viel heisse wie „der Beschwerdeführer habe die wesentliche Veränderung nicht glaubhaft gemacht“ (vgl. Beschwerde S. 4 f.), kann ihm nicht gefolgt werden. Denn dabei verkennt er, dass die Verwaltung nach Eingang einer Neuanmeldung zunächst lediglich zu prüfen hat, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind (vgl. E. 2.6 hiervor). Unter Glaubhaftmachen ist kein Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Vielmehr genügt es, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsdarstellung nicht erstellen lassen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Wurden die Vorbringen glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung in einem zweiten Schritt verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. E. 2.7 hiervor). Ein widersprüchliches Verhalten der Beschwerdegegnerin ist somit nicht ausgewiesen. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht weiter zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

3.2 Im Folgenden ist zu prüfen, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 29. Juni 2012 (act. II 83), welche auf Beschwerde hin mit Verwaltungsgerichtsurteil vom 14. Dezember 2012 (IV/2012/718, act. II 92) bestätigt wurde, und der hier angefochtenen Verfügung vom 27. Juni 2014 (act. II 134) eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 2.7 hiavor).

3.3 In medizinischer Hinsicht stützten sich die Verfügung vom 29. Juni 2012 (act. II 83) und das Verwaltungsgerichtsurteil vom 14. Dezember 2012 (IV/2012/718, act. II 92) massgeblich auf den Untersuchungsbericht von Dr. med. C._____ vom 16. Februar 2012 (act. II 59) sowie auf deren Stellungnahme vom 25. Juni 2012 (act. II 82).

3.3.1 Im Bericht vom 16. Februar 2012 (act. II 59) diagnostizierte Dr. med. C._____ eine Adipositas (BMI 34), einen Verdacht auf eine Polyneuropathie (klinisch nicht eindeutig ausgewiesen), einen Diabetes mellitus sowie funktionelle Störungen und Inkonsistenzen (S. 6). Die objektiv gesicherten Befunde seien spärlich. Insbesondere habe die Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule (LWS) alterskonforme degenerative Veränderungen sowie eine alterskonforme mässige Spondylarthrose gezeigt. Ferner sei der Diabetes gemäss Laborwert sehr gut eingestellt. Klinisch gebe es – ausser der Adipositas und den Restbefunden des Dupuytren – keine objektiv gesicherten pathologischen Befunde, die die Arbeitsfähigkeit in relevantem Masse einschränkten. Subjektive Beschwerden gebe es dagegen viele. Im Bezug auf die Arbeitsfähigkeit müsse eine Tätigkeit an gefährlichen Maschinen, im berufsmässigen Verkehr, dauerhaft auf Gerüsten oder Leitern und in wechselnden Schichten ausgeschlossen werden. Die Polyneuropathie behindere die Arbeitsfähigkeit nicht erheblich. Es sei aber zu empfehlen, mit gröberen Werkstücken zu arbeiten. Körperlich schwere Arbeiten seien u.a. wegen den degenerativen Veränderungen der LWS zu vermeiden. Für körperlich etwas anstrengendere Arbeiten (körperlich mittelschwer, mit umhergehen) bestehe – überwiegend wegen der Adipositas und der fehlenden Fitness – eine Einbusse von 20 bis 30% der Leistung, wobei sich diese Einschränkungen nach einem allfälligen Training und einer Gewichtsabnahme deutlich vermindern liessen. Bei körperlich leichten Arbeiten bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 7 f.).

3.3.2 In der Stellungnahme vom 25. Juni 2012 (act. II 82) kam Dr. med. C._____ zum Ergebnis, dass die inzwischen eingereichten Berichte keinerlei neuen medizinischen Aspekte aufwiesen. Allein die Aussage, der Versicherte habe Schmerzen und sei deswegen arbeitsunfähig, vermöge die bisherige Beurteilung nicht zu erschüttern. Weitere Abklärungen oder ein Gutachten seien nicht nötig (S. 2).

3.4 Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 27. Juni 2014 (act. II 134) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

3.4.1 Der Hausarzt bestätigte im Schreiben vom 5. Februar 2013 (act. II 101 S. 2), dass sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe.

3.4.2 Am 19. April 2013 (act. II 107 S. 3) teilte lic. phil. F._____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, mit, nach anfänglicher Stabilisierung seien depressive Episoden (ICD-10: F32.1) aufgetreten, die auch eine medikamentöse Unterstützung notwendig machten. Der abschlägige Entscheid der IV in diesem Frühjahr habe zu einer deutlichen und besorgniserregenden Verschlechterung der psychischen Verfassung seines Patienten geführt.

3.4.3 Mit Schreiben vom 22. April 2013 (act. II 107) beantragte der Hausarzt eine psychiatrische Begutachtung, da seit der Ablehnung der IV-Rente die psychische Verfassung des Patienten besorgniserregend sei.

Im Bericht vom 25. Mai 2013 (act. II 113) diagnostizierte Dr. med. D._____ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine diabetische Polyneuropathie, eine Spondylarthrose der LWS, eine Anpassungsstörung, Stuhlinkontinenz und eine diabetische Backgroundretinopathie. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Diabetes mellitus, Dupuytren Kontrakturen und eine Hämochromatose (S. 2 Ziff. 1.1). Das Steigen auf Leitern sowie Schichtarbeiten – letzteres seit dem Diabetes – seien nicht mehr möglich; das Gewicht tragen beschränke sich auf fünf bis zehn Kilogramm. Ferner sei der Patient zur Zeit wegen der Psyche nicht arbeits- (vermittlungs-)fähig (S. 4 Ziff. 1.7). Ab dem 12. Januar 2011 bis auf weiteres attestierte der Hausarzt eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.6) und verschrieb neben der Psychotherapie die Medikamente Zurcal, Mucilar, Ciprallex und Insulin NovoMix (S. 3 Ziff. 1.5).

3.4.4 In der Beurteilung vom 27. August 2013 (act. II 118) legte Dr. med. C._____ dar, die jetzt genannten Rückenschmerzen seien auch schon vor der Neuanschuldung als „schlimm“ bezeichnet worden. Diese wie auch die übrigen Schmerzen, die Polyneuropathie, der Diabetes mellitus sowie die Retinopathie seien bereits für die letzte Beurteilung vor dem Gerichtsurteil berücksichtigt worden. Neu sei die Angabe einer Anpassungsstörung, wobei diese Störung aufgrund der funktionellen Anteile der Symptomatik schon früher hätte diagnostiziert werden können. Eine Anpassungsstörung sei grundsätzlich kaum je eine Ursache für eine längerdauernde relevante Arbeitsunfähigkeit. Hier werde zwar eine depressive Komponente beschrieben und der Zustand des Versicherten sogar „als besorgniserregend“ bezeichnet, dennoch sei der Versicherte weder einem psychiatrischen Facharzt zugewiesen noch in eine psychiatrische Klinik eingewiesen worden. Im Gesamtzusammenhang könne nicht davon ausgegangen werden, dass tatsächlich eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliege. Dagegen spreche nicht nur die einer solchen Verschlechterung nicht entsprechende Therapie, sondern insbesondere auch deren Verlauf. Dem Versicherten sei weiterhin eine angepasste Tätigkeit, bei welcher die Rückenbelastung und die Polyneuropathie (kein Leiternsteigen, kein längeres Gehen auf unebenem Grund) berücksichtigt würden, zumutbar. Medizinisch gesehen gebe es keine wesentlichen Gründe, qualitativ oder quantitativ weitere Einschränkungen vorzunehmen. Derzeit fehle jedoch die Absicht des Versicherten, wieder eine Arbeit aufzunehmen (S. 4).

In der Stellungnahme vom 7. April 2014 (act. II 133) hielt Dr. med. C._____ fest, eine reaktive psychische Störung sei offensichtlich nach dem abschlägigen Bericht der IV aufgetreten. Eine adäquate Behandlung eines „besorgniserregenden psychischen Zustandes“ bestehe in der Regel in einer engmaschigen psychiatrischen Betreuung oder in einer Klinikeinweisung, gewöhnlich gepaart mit einer eher hohen Dosis psychiatrischer Medikation. Nichts von alledem sei beim Versicherten eingeleitet worden. Es gebe weder Anzeichen für eine erhebliche Verschlechterung oder einen immer noch besorgniserregenden Zustand noch einen Grund, eine langdauernde relevante psychische Verschlechterung anzunehmen. Eine solche sei in keiner Weise konkret dargelegt worden (S. 3).

3.4.5 Im Rahmen der Replik reichte der Beschwerdeführer ein Schreiben des Hausarztes vom 9. August 2014 ein (act. I 5). Darin teilte dieser mit, leider sehe er sich nicht im Stande, weitere medizinisch relevante Tatsachen anzufügen, welche dem Patienten weiterhelfen könnten. Die IV müsste den Patienten psychiatrisch abklären lassen, da dessen Krankheitsverarbeitung stark von der Psyche abhängig sei.

3.4.6 Der Beschwerdeführer wurde am 5. Januar 2015 im Spital E. _____ mittels Polysomnographie abgeklärt. Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte diesbezüglich im Bericht vom 6. Februar 2015 (act. I 6) ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (AHI 35/h), periodische Beinbewegungen im Schlaf (PLMS) mit mittelschwer erhöhtem PLM-Index von 21/h, einen Verdacht auf hypnische Myoklonien, einen Diabetes mellitus Typ II (primär insulinpflichtig) und eine Hepatopathie; differentialdiagnostisch (DD) eine nichtalkoholische Steatohepatitis (NASH) oder eine alkoholbedingte Steatohepatitis (ASH; S. 1). Die schlafgebundene Atemstörung führe zu einem stark fragmentierten Schlaf mit häufigen Weckreaktionen und sekundär vermindertem REM-Schlafanteil (REM, engl. Rapid Eye Movement). Zudem zeige sich unter Schlaflaborbedingungen eine schlechte Schlafeffizienz im Sinne eines first night effects. Im Übrigen lägen auch typische PLMS vor, die jedoch keine vermehrten Weckreaktionen zur Folge hätten. Aufgrund des ausgeprägten Befundes habe er dem Patienten eine automatische CPAP-Behandlung (APAP) zur Verbesserung der Atmung im Schlaf empfohlen (S. 2).

3.5

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

3.5.3 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).

3.6 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, Dr. med. C. _____ sei voreingenommen gewesen und habe sich aufgrund der Akten unmöglich ein genügendes Bild des Gesundheitszustandes machen können (Beschwerde S. 5 Art. 3; Replik S. 5), kann ihm nicht gefolgt werden. Grundsätzlich schliesst die Tatsache, dass sich eine beurteilende Arztper-

son schon einmal mit dem Dossier einer versicherten Person befasst hat, deren Beizug in einem späteren Verfahren nicht zum Vornherein aus. Anderes gilt, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit objektiv zu begründen vermögen, etwa wenn die sachverständige Person ihren Bericht nicht neutral und sachlich abfasste (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110). Solche Anhaltspunkte liegen hier nicht vor.

3.7 Im Folgenden ist zu prüfen, ob seit der Verfügung vom 29. Juni 2012 (act. II 83) aus medizinischer Sicht eine für den Rentenanspruch relevante Veränderung eingetreten ist (vgl. E. 2.7 hiervor).

3.7.1 Diesbezüglich legte Dr. med. C. _____ in ihrer Beurteilung vom 27. August 2013 dar, dass aus somatischer Sicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (act. II 118 S. 4). In psychiatrischer Hinsicht führte sie aus, nach der abschlägigen Verfügung vom 29. Juni 2012 (act. II 83) sei zwar offensichtlich eine reaktive psychische Störung aufgetreten, im Gesamtzusammenhang und damit unter Berücksichtigung der angegangenen Therapie sowie des Krankheitsverlaufs sei jedoch keine psychische Verschlechterung von ausreichender Relevanz ausgewiesen (act. II 118 S. 4; 133 S. 3). Demgegenüber gaben der Fachpsychologe und der Hausarzt an, seit dem Frühjahr 2013 sei es zu einer deutlichen und besorgniserregenden Verschlechterung der psychischen Verfassung des Beschwerdeführers gekommen (act. II 107 S. 3; 107 S. 1). Lic. phil. F. _____ berichtete in diesem Zusammenhang davon, dass nach einer anfänglichen Stabilisierung depressive Episoden aufgetreten seien (act. II 107 S. 3), und Dr. med. D. _____ diagnostizierte neu eine Anpassungsstörung (act. II 107 S. 1; 113 S. 2 Ziff. 1.1).

3.7.2 Damit stehen die Einschätzungen der RAD-Ärztin offensichtlich im Widerspruch zu den Berichten des behandelnden Psychologen und des Hausarztes. Es gilt zu berücksichtigen, dass an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, sofern ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtli-

che Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353). Anhaltspunkte, welche die Ausführungen des Psychologen und des Hausarztes als offensichtlich un schlüssig und unverständlich erscheinen lassen würden, bestehen nicht; vielmehr vermögen sie die Berichte von Dr. med. C._____, insbesondere in psychiatrischer Hinsicht, in Frage zu stellen. Die Beurteilungen von Dr. med. C._____ vermögen daher den an die Beweism würdigung zu stellenden strengen Anforderungen nicht zu genügen, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann.

Im Weiteren soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Unter Berücksichtigung dieser Praxis kann auf die erwähnten Ausführungen des Hausarztes und des behandelnden Psychologen in Bezug auf die Frage nach einer rentenrelevanten Veränderung im psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ebenfalls nicht abschliessend abgestellt werden, zumal der Hausarzt die neu gestellte Diagnose nicht näher begründete und die entsprechende ICD-10 Klassifizierung unterliess. Dies ändert jedoch nichts daran, dass - wie gesagt - die Ausführungen soweit geeignet sind, die Beurteilungen von Dr. med. C._____ in Zweifel zu ziehen.

Es kommt dazu, dass weder der Hausarzt noch die RAD-Ärztin über einen Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie und damit über die erforderliche fachliche Qualifikation zur Beurteilung der psychischen Situation beim Beschwerdeführer verfügen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 20. November 2007, I 142/07, E. 3.4).

Unter diesen Umständen kann die Frage nach einer relevanten Veränderung im Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gestützt auf die vorliegenden medizinischen Grundlagen nicht beantwortet werden.

3.7.3 Nach den vorstehenden Ausführungen erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als nicht rechtsgenügend erstellt, weshalb auf weitere medizinische Abklärungen nicht verzichtet werden kann. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine psychiatrische Begutachtung und - soweit erforderlich - Begutachtungen auch in weiteren

Fachdisziplinen veranlasse und anschliessend über den Rentenanspruch neu befinde. Eine Rückweisung an die Verwaltung ist ohne weiteres geboten und zulässig, wurde doch insbesondere in psychiatrischer Hinsicht der Sachverhalt fachärztlich noch gar nicht abgeklärt (vgl. BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100).

4. Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 27. Juni 2014 (act. IIA 134) aufzuheben. Die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung zurückzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

5.2 Angesichts ihres Unterliegens hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Parteikosten zu ersetzen. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

In der Kostennote vom 14. November 2014 hat Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ ein Honorar von Fr. 2'500.-- sowie Auslagen von Fr. 50.-- und die Mehrwertsteuer von Fr. 204.-- geltend gemacht. Diese Beträge sind nicht zu beanstanden. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 2'754.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 27. Juni 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'754.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. 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.