

200 14 959 IV  
KOJ/PES/SEE

## Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Mai 2015

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiber Peter

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



gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. September 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Am 25. März 2009 meldete sich der 1976 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) unter Verweis auf eine seit 1991 bestehende psychische Erkrankung sowie ein Rückenleiden (Unfall von ca. 2004) zum ersten Mal bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) holte in der Folge zur erwerblichen Situation und zum Gesundheitszustand des Versicherten diverse Unterlagen ein (AB 4 f., 7 f., 13 f., 30, 32, 36 f., 57, 70-72, 74 f., 82-84, 91.2 f.). Nachdem eine vorgesehene arbeitsmarktliche-medizinische Abklärung (AMA) abgesagt worden war (AB 23, 29 f., 44 f.), liess die IV-Stelle den Versicherten in der psychiatrischen Klinik C. \_\_\_\_\_ explorieren (AB 53). Am 5. Oktober 2011 fand zudem eine Begutachtung durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, statt (Gutachten vom 21. November 2011; AB 91.1).

Mit Verfügung vom 2. Februar 2012 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (AB 93). Die vom Versicherten dagegen erhobene Beschwerde (AB 100 S. 3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 11. Mai 2012 (IV/2012/255; AB 108) ab. Mit Entscheid vom 22. August 2012 wurde dieses Urteil vom Bundesgericht geschützt (Verfahren 9C\_507/2012; AB 114).

### **B.**

Am 22. Januar 2014 ging der IV-Stelle eine Neuanschuldung des Versicherten zu (AB 118). Die IV-Stelle wies den Versicherten in der Folge darauf hin, dass er durch ärztliche Zeugnisse oder entsprechende Berichte und Bestätigungen glaubhaft machen müsse, dass sich sein Gesundheitszustand seit Erlass der Verfügung vom 2. Februar 2012 in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert habe. Ansonsten könne sie auf seine Neuanschuldung nicht eintreten (AB 119). Hierauf gingen bei der IV-Stelle

mehrere Berichte der behandelnden Ärzte ein (AB 120, 122, 124, 128 S. 2 f., 130, 132). Die IV-Stelle unterbreitete das Dossier in der Folge ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst RAD zur Beurteilung. Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom RAD verneinte hierauf gestützt auf die Akten eine erhebliche, revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustands seit der letzten, einen Rentenanspruch verneinenden Verfügung vom 2. Februar 2012 (AB 133). Nach Durchführung eines Vorbescheidverfahrens (AB 134) wies die IV-Stelle das erneute Leistungsbegehren des Versicherten in der Folge mit Verfügung vom 18. September 2014 wiederum ab (AB 136).

### **C.**

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 9. Oktober 2014 (Datum der Postaufgabe) Beschwerde mit dem sinngemässen Rechtsbegehren, ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen.

Am 20. Oktober 2014 stellte der Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_, ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ als amtlichen Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. November 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 28. November 2014 wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege, soweit die Verfahrenskosten betreffend, vom Instruktionsrichter gutgeheissen. Das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung und Beordnung von Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt wies er ab.

## **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 der IV-Stelle Bern vom 18. September 2014 (AB 136). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Neuanmeldung Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

**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).

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.4** 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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).

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

**2.5** 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 vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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** Zeitlicher Referenzpunkt für die Beurteilung, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, bildet vorliegend der der Verfügung vom 2. Februar 2012 (AB 93) zu Grunde liegende Sachverhalt.

Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte beim Beschwerdeführer damals mit Bericht vom 3. April 2009 (AB 8) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine soziale Phobie (ICD-10: F40.1), eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1), eine Dysthymia (ICD-10: F34.1), eine akute vorübergehende psychotische Störung (ICD-10: F23.8) sowie körperlich chronische Rückenschmerzen. Differentialdiagnostisch zog er zudem eine posttraumatische Belastungsstörung in Erwägung. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Phobie vor Dunkelheit und Tieren (ICD-10: F40.2) sowie ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F10.20). Die Diagnosen bestünden wahrscheinlich seit 2005 (AB 8 S. 1; siehe auch sein Attest vom 1. November 2010, AB 72 S. 2).

Der Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 20. April 2009 (AB 14) ein leicht depressives Zustandsbild bei schwerer psychosozialer Belastungssituation, Scheidung, Sucht etc. sowie ein chronisches Schmerzsyndrom (AB 14 S. 1). In seinem Bericht vom 30. Juni 2009 (AB 37) führte er aus, der Beschwerdeführer sei vor ca. fünf Jahren wegen auf die Scheidung und deren Folgen zurückzuführenden psycho-/sozialen (Sucht-)Problemen zu ihm in Behandlung gekommen. Nach fast dreijähriger Pause habe er ihn am 14. Juli 2007 wieder wegen einer Darmgrippe, am 10. Oktober 2008 wegen Rückenschmerzen und am 9. Februar 2009 wegen einer Allergie, welche er auf einer Reise in ... „aufgelesen“ habe, aufgesucht. Am 9. Juni 2009 habe der Beschwerdeführer über akustische und optische Halluzinationen gesprochen. Um diese erträglicher zu machen, habe er lange Zeit Alkohol und Drogen konsumiert. Da er in Angst, Verzweiflung und chaotischen Umständen ohne jegliche soziale Tagesstruktur lebe, könne er an keiner AMA teilnehmen (AB 37 S. 1 f.).

Im Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, psychiatrische Klinik C. \_\_\_\_\_, vom 4. Juli 2007 (AB 83 S. 2 ff.) wurde diagnostisch eine chronische bipolar-affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit wahnhaften Symptomen (differenzialdiagnostisch schizoaffektive Störung) mit Status nach mehreren Suizidversuchen (ICD-10: F31.31), eine gemischte Persönlichkeitsstörung

mit emotional instabilen, histrionischen und dependenten Zügen (ICD-10: F61.0) sowie ein sekundäres chronisches Alkohol- und Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent in beschützter Umgebung (ICD-10: F10.21, F13.21), aufgeführt. Die Diagnosen bestünden mindestens seit 2007 (AB 83 S. 2).

Mit Gutachten vom 21. November 2011 (AB 91.1) führte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Tabakabhängigkeit, einen ständigen Substanzgebrauch (ICD-10: F17.25), einen Status nach akuter Intoxikation bei multiplem Substanzgebrauch (ICD-10: F19), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10: Z63.0), ein chronisches Lumbovertebralsyndrom sowie eine fragliche rezidivierende depressive Episode, aktuell remittiert (ICD-10: F32.4). Sie wies darauf hin, dass sich der Beschwerdeführer in der Untersuchungssituation immer wieder in Widersprüche verstrickt habe und der Versuch, gewisse Dinge zu klären, bei ihm eine innere Anspannung und Unruhe ausgelöst habe. Er sei Rückfragen geschickt ausgewichen, habe die Auskunft verweigert oder eine weitere Version des Sachverhalts vorgebracht (AB 91.1 S. 28). Zeichen von manipulativem Verhalten, Symptomausweitung und Aggravation seien nicht zu übersehen gewesen. Das Krankheitsbild habe sich bereits im Zusammenhang mit Schwierigkeiten bei der Arbeit 2002 und der Trennung von seiner Ehefrau manifestiert und aufgrund einer demotivierenden und desolaten psychosozialen Situation (sozialer Abstieg zufolge Migration, Abbruch der gymnasialen Ausbildung, Übernahme von Hilfsarbeitertätigkeiten, schlechte berufliche Integration, hohe Schulden) entwickelt (AB 91.1 S. 36 f.). Dass der Versicherte trotz anhaltenden Beschwerden Trampolin springen konnte, spreche gegen einen relevanten Schaden im Bereich des Rückens, zumal auch Dr. med. G. \_\_\_\_\_ von einem nicht invalidisierenden Schmerzsyndrom ausgegangen sei. Die vom Versicherten beschriebenen Stimmen, welche ihn aufgefordert hätten, sich das Leben zu nehmen und die Vorbereitungen, welche er in Bezug auf die Suizidversuche getätigt habe, würden mehr wie eine Selbstinszenierung als wie ein wahnhaftes Geschehen wirken. Wie weit die Suizidversuche mit Spannungen in der zweiten Ehe und anderen psychosozialen Schwierigkeiten zusammenhängen würden, bleibe

offen (AB 91.1 S. 31). Übereinstimmend dokumentiert sei, dass seit dem 14. Lebensjahr eine zunehmende Tabakabhängigkeit bestehe. Die Affektlabilität, die bizarren Träume, die Schlafstörungen und das Herzrasen liessen sich durch einen übermässigen Konsum von Nikotin, welcher Auswirkungen auf der Ebene des Verhaltens habe und Wahrnehmungsstörungen verursachen könne, zumindest teilweise erklären. Die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht gestellt werden. Es seien einzig Symptome vom vierten ICD-Kriterium („anhaltende Symptome mit einer erhöhten psychischen Sensitivität oder Erregung, welche früher nicht vorhanden waren“) erfüllt. Im weiteren Verlauf sei diese Diagnose denn auch nicht mehr gestellt worden (AB 91.1 S. 32). Die Kontrollbefunde auf suchterzeugende Substanzen seien mehrheitlich negativ ausgefallen und eine 2004 erfolgte Abklärung in der Alkoholsprechstunde habe keine Abhängigkeit ergeben. Zudem sei in der Klinik I. \_\_\_\_\_ kein Entzugssyndrom beschrieben worden und der Konsum bislang nicht so ausgeprägt gewesen, als dass es zu Folgeschäden gekommen sei (normaler Leberstatus). Die Diagnose einer Suchtmittelabhängigkeit sei demnach nicht gerechtfertigt. Der Versicherte setze psychotrope Substanzen aber ein, um Aufmerksamkeit zu erregen und in die Klinik zu fliehen (Hospitalismus). Die beim Versicherten 2004 eingehend erfolgte Abklärung habe keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung ergeben. Das Eingangskriterium der Diagnose („von der Norm deutlich abweichende Verhaltensmuster, welche seit der Kindheit oder Adoleszenz bestehen“) sei demnach nicht erfüllt. Weiter habe der Versicherte das im Rahmen der Untersuchung gezeigte histrionische und theatralisch anmutende Verhalten sehr zielgerichtet eingesetzt, was auf eine Aggravation und Symptomausweitung hinweise. Gegen eine Angststörung oder Phobie sprächen die Angaben des Versicherten, dass er sich mit Kollegen aus dem Suchtmilieu treffen könne und dass er ohne Begleitung von ... in die Klinik J. \_\_\_\_\_ fahre. Diese Diagnostik habe sich in den Akten denn auch nur im Frühjahr 2009 befunden, als eine AMA stattfinden sollte, von welcher er nicht begeistert gewesen sei (AB 91.1 S. 33 f.). Gegen Wahnsymptome spreche das Wissen, dass andere die Gestalten nicht wahrnehmen und die Stimmen nicht hören würden, ebenso wie, dass er wisse, andere mit dem Bericht über die Symptomatik beeindrucken zu können. Wahnsymptome müssten sorgfältig exploriert werden und würden nicht sofort in breiter Variation berichtet. Ebenso müss-

te ein Wahn mindestens während eines Monats anhalten und trete nicht je nach Ort oder Stimmungslage auf. Schliesslich könne auch nicht von einer anhaltenden depressiven Verstimmung mit relevanten Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die Eingangskriterien hätten sich in den Unterlagen nicht finden lassen, sondern die Verstimmungszustände verbesserten sich unter einer niedrig dosierten antidepressiven Therapie, was die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nahe lege. Es bleibe offen, ob effektiv jemals eine mittelgradig bzw. schwergradig depressive Episode bestanden habe. Zumindest bei Austritt aus der Klinik I. \_\_\_\_\_ sei die depressive Episode remittiert gewesen. Bei der aktuellen Untersuchung sei weder der Antrieb vermindert gewesen noch hätten Konzentrationsschwierigkeiten bestanden. Es habe keine depressive Stimmungslage und keine anhaltende Interesselosigkeit festgestellt werden können (AB 91.1 S. 35 f.). Zusammenfassend lägen demnach keine körperlich oder psychisch relevanten Einschränkungen vor. Dem Versicherten seien Hilfsarbeitertätigkeiten entsprechend den bisherigen Beschäftigungen zu acht Stunden pro Tag zumutbar, wobei aufgrund des Missbrauchs von psychotropen Substanzen von Tätigkeiten in Bars oder Restaurants abzuraten sei. Während den Hospitalisationen und den teilstationären Behandlungen nach Mischintoxikationen sei der Versicherte aus formalen Gründen arbeitsunfähig gewesen. Psychosoziale Faktoren (lange Abwesenheit von einem Arbeitsplatz, keine berufliche Ausbildung, hohe Schulden, Hospitalismus, fehlende Arbeitsmotivation sowie ein sekundärer Krankheitsgewinn) würden zu einer ungünstigen Prognose führen (AB 91.1 S. 36 ff.).

Mit Urteil vom 11. Mai 2012 hielt das Verwaltungsgericht des Kantons Bern fest, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht mit Verfügung vom 2. Februar 2012 (AB 93) gestützt auf das umfassende und schlüssig begründete Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 21. November 2011 (AB 91.1) einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens abgewiesen habe (IV/2012/255; AB 108). Dieses Urteil wurde vom Bundesgericht mit Entscheid vom 22. August 2012 (9C\_507/2012; AB 114) geschützt.

**3.2** In der – offenbar von einer Mitarbeiterin des Sozialdienstes der psychiatrische Klinik K.\_\_\_\_\_ verfassten – Neuanmeldung (AB 118) macht der Beschwerdeführer eine gesundheitliche Verschlechterung geltend. Soweit er daneben festhält, durch eine (Renten-)Leistung könnte er seinen Pflichten als Vater besser nachgehen und es würde eine grosse finanzielle Belastung von ihm abfallen, ist festzuhalten, dass derartige invaliditätsfremde Faktoren nicht von Belang sind.

Im Neuanmeldeverfahren wurden verschiedene Arztberichte eingereicht. Dabei übernahm Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in seinem Bericht vom 10. Juni 2014 (AB 132 S. 1) die von der psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer paranoiden Schizophrenie. Zur Begründung dieser Diagnose nannten die Ärzte der psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_\_ namentlich die vom Beschwerdeführer angegebenen optischen und akustischen Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Dabei hielten sie explizit fest, die psychiatrische Symptomatik sei „seit etwa 20 Jahren relativ konstant“ (AB 130 S. 2). Letzteres spricht von vornherein gegen eine erhebliche Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Verfügung vom 2. Februar 2012. Gleiches gilt für die Feststellung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 9. Februar 2014, wonach der Beschwerdeführer „seit Jahren schwerst chronisch an einer psychotischen Erkrankung“ leide (AB 122 S. 2; siehe auch BB 2). Dies deckt sich mit seiner Einschätzung vom 3. April 2009 (AB 8) und lässt nicht auf eine erhebliche Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands schliessen. Was schliesslich die psychotische Symptomatik bzw. die vom Beschwerdeführer angegebenen optischen und akustischen Halluzinationen und Wahnvorstellungen anbelangt, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer dies auch schon anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ als Hauptbeschwerden geklagt hat, eine entsprechende Prüfung aber ergab, dass bei ihm die Kriterien für einen Wahn nicht erfüllt sind (AB 91.1 S. 35). Entsprechend wurden die sich ausschliesslich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stützenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte verworfen, was wiederum gerichtlich bestätigt worden ist.

Der langjährige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. G. \_\_\_\_\_, hält in seinem Bericht vom 13. Februar 2014 (AB 124) fest, der psychische Zustand des Beschwerdeführers sei konstant schlecht. Neu dazugekommen sei eine Beziehungsproblematik mit seiner jetzigen Ehefrau. Die Rückenschmerzen seien ausgeprägter und eine Gesicht neuralgie sei so stark gewesen, dass man Morphinpräparate habe geben müssen, um die Schmerzen zu stillen. Die Laborresultate sprächen für ein konstant schlechtes metabolisches Beschwerdebild.

Eine Verschlechterung in psychischer Hinsicht ergibt sich auch aus diesem Bericht nicht, wobei festzuhalten ist, dass die Beziehungsproblematik des Beschwerdeführers mit der jetzigen Ehefrau schon anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ gegeben und auch berücksichtigt worden war und somit nicht neu dazugekommen ist (vgl. AB 91.1 S. 32). Es bleibt darauf hinzuweisen, dass den Berichten des Hausarztes, soweit er darin eine Beurteilung der psychischen Situation des Beschwerdeführers vornimmt, im Übrigen mangels entsprechender Facharztausbildung ohnehin nur beschränkt Beweiswert beigemessen werden kann. Die im Bericht als stärker geworden erwähnten Rückenschmerzen wie auch die Gesicht neuralgie werden vom Hausarzt sodann nicht als invalidisierend beschrieben und in seinem Bericht vom 24. Oktober 2014 (BB 1), in welchem er ergebnisorientiert für die Zusprache einer Rente plädiert, überhaupt nicht mehr erwähnt. Eine relevante Verschlechterung ist somit auch in somatischer Hinsicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht gegeben.

**3.3** Der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ kam in seiner Aktenbeurteilung vom 2. Juli 2014 zum Schluss, dass eine objektive und wesentliche gesundheitliche Verschlechterung im hier interessierenden Zeitraum nicht ausgewiesen sei. Die Beschwerdeschilderungen glichen jenen der letzten Jahre, welche im Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sorgfältig überprüft und eingehend diskutiert worden seien (AB 133 S. 3). Dem ist nach dem Dargelegten beizupflichten. Es sind keine Umstände ersichtlich, die von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Seine Beurteilung ist nachvollziehbar begründet, schlüssig und überzeugt.

Mangels einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung seit der letzten, einen Leistungsanspruch verneinenden Verfügung vom 2. Februar 2012 (AB 93) ist ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers somit nach wie vor zu verneinen. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 18. September 2014 (AB 136) ist folglich nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten sind vorliegend auf Fr. 700.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Mit Verfügung vom 28. November 2014 wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege, soweit die Verfahrenskosten betreffend, gutgeheissen. Dieser ist folglich – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008, in Kraft seit 1. Januar 2011 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien (Art. 113 VRPG)

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens 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. 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.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher 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.