

200 15 457 IV
LOU/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 30. Mai 2016

Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. April 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1970 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 28. März 2001 unter Hinweis auf Schulter-/Armbeschwerden rechts bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an, welche den Leistungsanspruch abklärte und verschiedene berufliche Massnahmen gewährte (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 4 - 8, 10, 14 f., 19 - 26; vgl. auch nachträglich eingescannte Akten der Invalidenversicherung [act. IIa], alle unpaginiert). In der Folge sprach die IVB dem Versicherten wegen Schulter-/Armbeschwerden rechts und psychischen Problemen (vgl. act. II 23 f.; siehe auch act. IIa) mit Verfügungen vom 26. August und 3. November 2004 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % rückwirkend ab dem 1. Mai 2001 eine halbe Rente zu (act. II 36 f.), deren Weiterausrichtung sie revisionsweise mit Mitteilung vom 15. Juli 2008 bestätigte (act. II 56). In den Jahren 2009 und 2010 gewährte die IVB dem Versicherten nach Stellenverlust berufliche Massnahmen und verfügte am 22. März 2010 das Wiederaufleben der halben Invalidenrente nach erfolgreich abgeschlossener beruflicher Massnahme (act. II 57, 61 - 65, 68 - 83). Am 23. Mai 2011 bestätigte die IVB wiederum revisionsweise die weitere Ausrichtung der bisherigen halben Rente (act. II 88). Nach Einleitung eines erneuten Revisionsverfahrens im April 2013 erfolgte mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 7. November 2013 die Rentenaufhebung (act. II 95, 111).

B.

Am 9. Dezember 2014 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf psychische Probleme und Schulterbeschwerden rechts erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (act. II 117). In der Folge forderte die IVB den Versicherten mit Schreiben vom 24. Dezember 2014 (act. II 126) auf, mittels ärztlicher Zeugnisse oder entsprechender Berichte bis zum 15. Januar 2015 glaubhaft zu machen, dass seit dem Erlass der Verfügung vom 7. November 2013 eine wesentliche Änderung in den rechtser-

heblichen Tatsachen eingetreten sei. Da der Versicherte innert Frist keine Unterlagen eingereicht hatte, stellte die IVB mit Vorbescheid vom 22. Januar 2015 (act. II 128) Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte am 18. Februar 2015 unter Beilage eines Berichts von med. pract. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 12. Februar 2015 Einwände (act. II 129). Zusätzlich ging am 23. Februar 2015 bei der IVB ein Bericht von Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 20. Februar 2015 ein (act. II 131). Am 16. März 2015 ergänzte der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, seine Einwände gegen den Vorbescheid (act. II 136). Nachdem die IVB eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) eingeholt hatte (act. II 138) und am 9. April 2015 ein Bericht von Dr. med. E._____, Facharzt für Rheumatologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 1. April 2015 eingegangen war (act. II 139), trat sie mit Verfügung vom 14. April 2015 (act. II 140) auf das Leistungsbegehren nicht ein.

C.

Dagegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 18. Mai 2015 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung habe die Beschwerdegegnerin auf das Revisionsgesuch vom 22. Dezember 2014 (richtig: 9. Dezember 2014) einzutreten und den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers materiell abzuklären, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Eingabe vom 26. Mai 2015 verzichtet die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Beschwerdeantwort und beantragt die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig reicht sie aufforderungsgemäss einen Auszug aus Track and Trace betreffend Zustellung der angefochtenen Verfügung ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 14. April 2015 (act. II 140), mit welcher auf Nichteintreten auf die Neuanmeldung vom 9. Dezember 2014 (act. II 117) erkannt wurde. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten ist.

1.3 Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln Beschwerden gegen Nichteintretensverfügungen oder -entscheide als Einzelrichterin oder Einzelrichter (Art. 57 Abs. 2 lit. c 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 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]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). 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).

2.2 Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

2.3 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; der Sachverhalt muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Es genügt, 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. Grundsätzlich unterliegt das Glaubhaftmachen weniger strengen Anforderungen als im Zivilprozessrecht. Dort muss

– im Gegensatz zum vollen Beweis – das Gericht von der Richtigkeit der behaupteten Sachdarstellung immerhin überzeugt sein, wenn auch nicht vollständig und unter Ausschluss jeden Zweifels (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

2.4 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 Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanmeldung vom 9. Dezember 2014 (act. II 117) nicht eingetreten ist, das heisst, ob sie zu Recht davon ausgegangen ist, der Beschwerdeführer habe eine seit der letzten rechtskräftigen materiellen Leistungsverfügung vom 7. November 2013 (act. II 111) eingetretene Verschlechterung seines Gesundheitszustandes nicht glaubhaft gemacht.

3.2 In medizinischer Hinsicht basierte die Verfügung vom 7. November 2013 (act. II 111) im Wesentlichen auf den folgenden Unterlagen:

3.2.1 Im Bericht vom XX.XX.2013 (act. II 101) gab der Hausarzt Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, an, der aktuelle Zustand sei relativ stabil. Bei Mehrbelastung würden die Schmerzen im rechten Arm zunehmen und bei vermehrtem Druck werde die Psyche schlechter. Der Beschwerdeführer sei psychisch vermindert belastbar, rasch kränkbar. Die Abduktion der rechten Schulter sei ab 90° eingeschränkt, der Schürzengriff sei bis L3 möglich, bei Innen- und Ausserrotation bestehe eine zirka um die Hälfte verminderte Kraft, Über(kopf)arbeiten und Heben seien klar eingeschränkt. Die Prognose sei unverändert, es sei maximal ein Pensum von 50 % möglich, bei Mehrbelastung komme es rasch zu einer psychischen Dekompensation.

3.2.2 Am 8. August 2013 wurde der Beschwerdeführer durch die RAD-Ärztin Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, untersucht. Die beiden dazu verfassten Berichte vom 8. August 2013 (act. II 106) und 6. November 2013 (act. II 110) enthalten im Wesentlichen die folgenden Angaben:

Diagnosen (mit/ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit [act. II 106/4 f., 110/4]):

- Depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden, ICD-10 F33.0/33.1 bis 2009/2010, gegenwärtig remittiert, ICD-10 F33.4
- Persistierende Zerviko-Brachialgie rechts bei Schulterbeschwerden mit St. n. Operation wegen Impingement-Symptomatik 2002 und Epicondylalgia humeri lateralis rechts bei St. n. Operation 2000
- Intermittierende Brachialgia paraesethetica ohne Kompressionsneuropathie (EMG vom 26. Februar 2004)

Diagnosen (ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit):

- Selbstunsichere Persönlichkeitszüge, ICD-10 Z73.1
- St. n. Abhängigkeitssyndrom durch Opioide, Cannabinoide, Kokain und Alkohol, gegenwärtig seit 1991 abstinent, ICD-10 F10.20, F11.20, F12.20, F14.20
- St. n. Claviculafraktur rechts, Trauma 1990
- Nikotinabusus

Dr. med. G. _____ gab an (act. II 106/4, 110/4 f.), in den zur Verfügung stehenden Akten und mit der eigenen Untersuchung seien die depressiven Störungen remittiert und zuletzt mit einer Krise am Arbeitsplatz 2009/2010 aufgetreten, die in Zusammenhang mit der Kündigung der Arbeitsstelle gestanden habe. Die geltend gemachten Schmerzen im Schultergelenk seien seit der letzten Revision unverändert. Der leicht unsichere Beschwerdeführer traue sich nach der Drogenzeit und den früher aufgetretenen depressiven Störungen und den Schmerzen im Nacken-Arm-Schulterbereich rechts wenig zu, schone sich und habe eine Pensumserhöhung am jetzigen Arbeitsplatz ausgeschlagen. Die depressive Störung werde vom ihn behandelnden Hausarzt als gebessert beurteilt, eine psychiatrische Behandlung finde nicht statt und in der Untersuchung habe keine affektive Störung erhoben werden können. Die depressive Störung sei remittiert. Für die einst vom behandelnden Psychiater diagnostizierte schwere Persönlichkeitsstörung fehlten entsprechende Befunde und Unstimmigkeiten mit dem Therapeuten selber sollten damals, gemäss Angaben des Beschwerdeführers, zu Missstimmung und Misstrauen geführt haben, was sonst bei ihm nicht vorgekommen sei. Diese Diagnose sei nicht nachvollziehbar und

habe mit der eigenen Untersuchung nicht bestätigt werden können. Die Schmerzen und Einschränkungen im linken Arm wirkten sich bei Überkopfarbeiten und beim Heben von Lasten auf die Arbeitsfähigkeit aus (Bericht Dr. med. F. _____ von 2008 und vom XX.XX.2013), hingegen sei eine angepasste Tätigkeit, selbst in einem ..., möglich. Eine Verschlechterung der somatischen Symptomatik sei nicht ausgewiesen oder geltend gemacht worden. Die Befunde zur Psychopathologie fehlten in den Akten (Behandlung durch den Hausarzt), hingegen habe der den Beschwerdeführer seit langer Zeit behandelnde Arzt die Schmerzsymptomatik und die somatisch bedingten Einschränkungen objektiviert. Zur Arbeitsfähigkeit gab Dr. med. G. _____ an (act. II 106/5), der Beschwerdeführer habe keine psychiatrischen Einschränkungen. Ihm sei in einer angepassten Tätigkeit ein volles Pensum zumutbar. Dabei bestehe keine Leistungsminderung. Angepasst sei eine Tätigkeit ohne das Heben schwerer Lasten, ohne Überkopfarbeiten, mit einem regelmässigen Pensum ohne Zusatzeinsätze und einem wohlwollenden Arbeitsklima. Abschliessend hielt die RAD-Ärztin fest (act. II 106/5, 110/5), der Beschwerdeführer könnte mit der Pensumserhöhung und Aktivierung die vorhandene Selbstunsicherheit abbauen, an physischer und psychischer Stärke gewinnen und sein ursprüngliches Ziel, wieder ganz selbstständig zu sein, verwirklichen. Dazu wäre eine Begleitung mit Psychotherapie hilfreich.

3.3 Die medizinische Situation präsentiert sich seit der rechtskräftigen Verfügung vom 7. November 2013 (act. II 111) im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Der behandelnde Psychiater med. pract. C. _____ gab im Bericht vom 12. Februar 2015 (act. II 129) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an:

- Mittelgradige depressive Episode nach Suizid der ... bei rezidivierender depressiver Störung (F33.1), bestehend seit XX.XX.2014
- Gemischte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und paranoiden Anteilen (F60.8) bei St. n. multiplem Substanzgebrauch, seit vielen Jahren abstinent (F19.20), bestehend seit dem jungen Erwachsenenalter
- Chronische Cervicobrachialgie rechts mit St. n. mehreren diagnostischen und therapeutischen Massnahmen

Med. pract. C. _____ attestierte vom XX.XX. bis XX.XX.2014 eine 100 %-ige, vom XX.XX. bis XX.XX.2014 eine 50 %-ige und ab dem XX.XX.2014 bis auf weiteres wiederum eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit und hielt fest (act. II 129/3 und 4), beim Beschwerdeführer bestehe ein starker Leidensdruck durch die fehlende Wahrnehmung seiner Leistungen durch die Vorgesetzten und fehlende Rücksicht auf seine Leistungsgrenzen, neu auch seitens der IV und (in administrativer Logik) der Taggeldversicherung. Der Beschwerdeführer leide an depressiven Symptomen mit Reizbarkeit inklusive Gewaltphantasien, er habe sich bei „Exit“ angemeldet; Erschwerung durch die Schmerzproblematik in Schulter und Rücken. Entgegen der Beurteilung der Versicherungsärztin 2013 habe sich schon bald im Jahr 2014 gezeigt, dass der Beschwerdeführer mit den Anforderungen im 100 %-Pensum als ...-Mitarbeiter in eine psychische und psychosomatische Dekompensation gerate (... 2014). Kurz nach dem Wiedereinstieg zu 50 % ab ... 2014 habe er die Kündigung erhalten, bald danach habe er den Verlust seiner ... erlitten, die sich am XX.XX.2014 suizidiert habe, aus Angst, ein Pflegefall zu werden. Die Prognose sei ungünstig punkto Arbeiten im Pensum über 60 % und in einem Arbeitsumfeld, in dem die erwähnte Konfliktdynamik sich akzentuiere.

3.3.2 Der Hausarzt Dr. med. D. _____ hielt im Bericht vom 20. Februar 2015 (act. II 131) fest, nachdem beim Beschwerdeführer im Rahmen einer Rentenrevision im November 2013 die 50 %-ige IV-Rente gestrichen worden sei, habe er seine berufliche Tätigkeit als ... bei der H. _____ per 1. Januar 2014 auf 100 % aufgestockt. Dieses Arbeitspensum habe sich in der Folge als grosse Belastung erwiesen, insbesondere von psychischer Seite. Der Beschwerdeführer sei an seine Leistungsgrenzen gekommen, die Erholungszeiten zwischen den Arbeitseinsätzen hätten nicht mehr ausgereicht, es habe sich eine zunehmende Überforderungssituation eingestellt. In der Folge habe sich eine zunehmende depressive Symptomatik entwickelt. Der Beschwerdeführer habe deshalb sein Arbeitspensum auf 80 % reduzieren wollen, was aber gemäss seinen Angaben vom Arbeitgeber abgelehnt worden sei (anamnestisch verbunden mit der Kündigungsandrohung). Als er den Beschwerdeführer Ende ... 2014 in seiner Sprechstunde gesehen habe, habe aufgrund eines erheblichen depressiven Zustandsbildes eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % ab dem XX.XX.2014

ausgesprochen werden müssen. Zudem sei die medikamentöse antidepressive Therapie intensiviert und eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei med. pract. C. _____ eingeleitet worden (offenbar sei zuvor über längere Zeit keine fachärztliche psychiatrische Betreuung erfolgt). Im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer am XX.XX.2014 seine berufliche Tätigkeit als ... bei der H. _____ wieder zu 50 % aufnehmen können. Als ihm im ... 2014 die Arbeitsstelle gekündigt worden sei und sich zudem seine ... am XX.XX.2014 suizidiert habe, sei es zu einer schweren depressiven Reaktion/Dekompensation gekommen, so dass med. pract. C. _____ während seiner Ferienabwesenheit die Arbeitsunfähigkeit zu 100 % ab dem XX.XX.2014 attestiert habe, was von ihm in der Folge bestätigt worden sei. Seither habe die Situation einigermassen stabilisiert werden können, es persistiere aber ein depressives Zustandsbild, welches eine erneute Arbeitsaufnahme bis zum heutigen Zeitpunkt nicht zugelassen habe. Insgesamt unterstütze er aufgrund der Vorgeschichte, den bekannten Diagnosen, des Verlaufes und der aktuellen Situation die Beurteilung von med. pract. C. _____, dass ein volles Arbeitspensum aus medizinischen Gründen nicht realistisch sei. Es sei höchstens ein Arbeitspensum von 50 % zumutbar bzw. realistisch, wobei als Hauptursache für die Einschränkung die psychiatrischen Diagnosen im Vordergrund stünden. Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit wirkten sich aber auch die Beschwerden von Seiten der chronischen Zervikobrachialgie rechts aus. Insbesondere seien Arbeiten oberhalb des Schulterniveaus/Überkopparbeiten kaum mehr möglich, insbesondere über längere Zeit.

3.3.3 In der Stellungnahme vom 9. April 2015 (act. II 138/3 f.) gab der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, an, (in somatischer Hinsicht) sei unter Heranziehung der aktuell eingegangenen Akten eine relevante Veränderung nicht auszumachen, zumal in beiden Berichten die bekannte chronische Zervikobrachialgie rechts angegeben werde und keine neuen Befunde übermittelt würden. In psychiatrischer Hinsicht sei anzumerken, dass zum Zeitpunkt der RAD-Untersuchung durch Dr. med. G. _____ am 8. August 2013 die anamnestic bekannte rezidivierende depressive Störung remittiert gewesen sei, dass jedoch die früheren leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden angeführt worden seien und zur letzten depressiven Episode ange-

merkt worden sei, dass diese im Zusammenhang mit der Kündigung der (damaligen) Arbeitsstelle aufgetreten sei, also reaktiv im Zusammenhang mit einer belastenden Situation. Die rezidivierende depressive Störung sei (trotz Remission) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gewertet und im Zumutbarkeitsprofil entsprechend festgehalten worden, dass angepasste Tätigkeiten mit einem regelmässigen Pensum ohne Zusatzeinsätze und mit einem wohlwollenden Arbeitsklima einhergehen sollten. Hingegen habe Dr. med. G._____ keine ausreichenden Anhaltspunkte für die früher diagnostizierte Persönlichkeitsstörung („gemischte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, abhängigen und paranoiden Zügen ... [F60.8]“; siehe Bericht von Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 5. Februar 2004) erheben und lediglich selbstunsichere Persönlichkeitszüge, ICD-10 Z73.1, feststellen können. Im aktuellen Bericht von med. pract. C._____ vom 12. Februar 2015 (Behandlung seit XX.XX.2014) sei neben einer gemischten Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und paranoiden Anteilen, ICD-10 F60.8, (bei Status nach multiplem Substanzgebrauch) eine mittelgradige depressive Episode nach dem Suizid der ..., bestehend seit XX.XX.2014, bei rezidivierender depressiver Störung, ICD-10 F33.1, angeführt worden. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers im Schreiben vom 18. Februar 2015 sei ihm am XX.XX.2015 gekündigt worden. Insofern sei in Analogie zum früheren Verlauf im Rahmen der bekannten rezidivierenden depressiven Störung von einer neuerlichen reaktiven Verschlechterung des psychischen Befindens mit Entwicklung depressiver Symptome auszugehen, welche unter entsprechender Behandlung wieder abklingen und remittieren sollten. Somit sei auch aus psychiatrischer Sicht eine relevante anhaltende Veränderung des Gesundheitszustandes nicht auszumachen. Es könne weiter auf das Zumutbarkeitsprofil vom 8. August 2013 abgestützt werden.

3.3.4 Im rheumatologischen Konsilium vom 1. April 2015 (act. II 139) gab Dr. med. E._____ die folgenden Diagnosen an:

Atypische Schulterschmerzen rechts

- St. n. Operation einer Epicondylopathia humeri lateralis rechts 8/2000
- St. n. Operation wegen Impingement-Syndrom 1/2002

Dr. med. E. _____ hielt fest, seit 15 Jahren leide der Beschwerdeführer an chronischen, atypischen Schulterschmerzen rechts. Zweimalige Operationen (Ellbogen, Schulter) hätten ebenso wenig geholfen wie alle versuchten Physiotherapien. Auch bei der heutigen Untersuchung seien keine spezifischen Befunde zu finden. Auffallend sei allenfalls eine lokale Hypermotilität, welche für chronische Gelenkbeschwerden prädisponieren könne, allerdings sei die Innenrotation beim Prüfen des Schürzengriffs im Vergleich zur Gegenseite schmerzhaft leicht eingeschränkt. Die klassischen Schulterfunktionstests seien durchwegs negativ, die Schmerzen liessen sich palpatorisch auf die vordere Thoraxwand und auch auf die Weichteile ventral des Schultergelenks und am Oberarm rechts lokalisieren. Eine rein organische Ursache der Schulterschmerzen sei somit unwahrscheinlich. Bemerkenswerterweise habe der Beschwerdeführer in den vergangenen Jahren nie mehr Schmerzmittel wegen der Schulterproblematik eingenommen. Dies sei ein weiteres Indiz dafür, dass auch beim Erleben der Schulterschmerzen die psychische Situation eine relevante Rolle spiele. Bei der Arbeit sollten repetitive Überkopfarbeiten vermieden werden, sonstige Einschränkungen lägen rein körperlich eigentlich nicht vor.

3.3.5 Med. pract. C. _____ führte im Bericht vom 12. März 2015 aus (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3), die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. G. _____ (6. November 2013), es fehlten beim Beschwerdeführer Befunde für eine Persönlichkeitsstörung, teile er nicht. Die bisherigen Stellenverluste des Beschwerdeführers seien in Zusammenhang gestanden mit seinem Erlebnisschema, in seiner Einsatzbereitschaft und seinen Leistungen nicht gewürdigt zu werden, was denn eine konstruktive Konfliktbewältigung jeweils verhindert habe. In den Gesprächen mit dem Beschwerdeführer werde jeweils sein ungeheurer Druck spürbar, sich in vielen Wiederholungen hinsichtlich seiner Anstrengungen und der Ungerechtigkeiten, denen er ausgesetzt sei, darzustellen. Weiter werde im Bericht von Dr. med. G. _____ nicht berücksichtigt, dass seine depressiven Beschwerden von der psychischen Belastung bei der Arbeit abhängen würden. Nota bene habe es sich bei der Arbeit des Beschwerdeführers nicht um eine „angepasste Tätigkeit“ gehandelt. Dr. med. G. _____'s These, „mit der Pensumserhöhung könnte der Versicherte die vorhandene Selbstunsicherheit abbauen, an physischer und psychischer Stärke gewin-

nen ...“, sei anschliessend ab dem 1. Januar 2014 in der 100 %-Anstellung bei der H._____ in vivo falsifiziert worden. Es sei bei ihm im Verlauf des ersten Halbjahres zur Ausbildung eines schweren depressiven Zustandsbildes gekommen, was die Erhöhung der antidepressiven Medikation und eine 100 %-ige Krankschreibung erfordert habe. Die Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 % ab dem XX.XX.2014 habe der Arbeitgeber als Wegfall des Kündigungsschutzes benützen können. Damit habe der Beschwerdeführer nicht die Chance gehabt, sich mit dem 50 %-Pensum wieder ins Arbeitsleben einzugliedern, wie es jeweils der Plan der IV wäre.

3.3.6 Dr. med. D._____ hielt am 17. Mai 2015 (act. I 4) fest, in der Stellungnahme des RAD werde der chronologische Ablauf der Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht korrekt wiedergegeben. So gehe aus seinem Bericht vom 20. Februar 2015 klar hervor, dass sich der Gesundheitszustand bereits im Laufe des ersten Halbjahres 2014 im Sinne einer Verstärkung der depressiven Symptomatik verschlechtert habe, so dass ab dem XX.XX.2014 eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % habe attestiert werden müssen. Diese Verschlechterung sei eine unmittelbare Folge der beim Beschwerdeführer vorliegenden psychischen Grunderkrankungen, ausgelöst vor allem durch die Aufstockung des Arbeitspensums mit entsprechender gesundheitlicher Be- bzw. Überlastung. Entgegen der Darstellung des RAD sei die Verschlechterung der depressiven Symptomatik nicht erst nach der Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch die H._____ im ... 2014 und den Suizid der ... am XX.XX.2014 erfolgt. Vielmehr hätten diese Ereignisse zu einer erneuten und zusätzlichen Exacerbation des depressiven Zustandsbildes mit konsekutiver Arbeitsunfähigkeit von 100 % geführt, dies gehe aus seinem Bericht vom 20. Februar 2015 klar hervor. Somit müsse davon ausgegangen werden, dass die dem RAD vorliegenden medizinischen Akten nicht adäquat gewürdigt worden seien. Zusammenfassend halte er an seiner Beurteilung fest, dass sich die Situation seit der Verfügung vom 7. November 2013 in relevanter und erheblicher Weise geändert habe. Die Veränderung sei andauernd und nicht nur im Sinne eines reaktiven und vorübergehenden Geschehens.

4.

4.1 In somatischer Hinsicht wird eine wesentliche Veränderung der Schulter-/Armbeschwerden rechts seit der Verfügung vom 7. November 2013 (act. II 111) weder vom Beschwerdeführer geltend gemacht noch ergibt sich Dergleichen aus den Akten.

4.2 In psychischer Hinsicht vertritt der Beschwerdeführer hingegen die Auffassung, seit November 2013 sei eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht worden. Er bringt dazu vor (Beschwerde S. 4 f.), die Erhöhung der Erwerbstätigkeit nach der Rentenaufhebung auf ein Vollzeitpensum ab dem 1. Januar 2014 habe ihn überfordert, weshalb er sich in hausärztliche und psychiatrische Behandlung begeben habe. Gemäss dem behandelnden Psychiater rührten die psychischen Beschwerden von der Arbeitssituation her, was durch die Aufnahme der vollschichtigen Erwerbstätigkeit ab Januar 2014 und der anschliessenden Ausbildung eines depressiven Zustandsbildes sowie der 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit im Sommer 2014 bekräftigt worden sei. Entgegen der Auffassung des RAD sei die Verschlechterung nicht aufgrund der Kündigung vom XX.XX.2014 bzw. des Suizids der ... eingetreten, sondern dadurch lediglich zusätzlich verstärkt worden. Gemäss hausärztlicher bzw. psychiatrischer Einschätzung bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % bzw. 60 %.

4.2.1 Im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 7. November 2013 (act. II 111) war gemäss Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. G._____ die depressive Störung remittiert und die früher diagnostizierte schwere Persönlichkeitsstörung konnte die RAD-Ärztin nicht bestätigen, sie ging lediglich von selbstunsicheren Persönlichkeitszügen, ICD-10 Z73.1 (act. II 106/5, 110/4), aus. Im Vergleich dazu diagnostizierte der den Beschwerdeführer seit dem XX.XX.2014 behandelnde Psychiater med. pract. C._____ eine mittelgradige depressive Episode nach Suizid der ... bei rezidivierender depressiver Störung (F33.1), bestehend seit XX.XX.2014, und eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und paranoiden Anteilen (F60.8) bei Status nach multiplen Substanzgebrauch, seit vielen Jahren abstinent (F19.20 [act. II 129]), womit seit der Verfügung vom 7. November 2013 (act. II 111) eine diagnostische Veränderung dokumentiert ist. Der RAD-Arzt Dr. med. I._____ sieht darin jedoch keine rele-

vante anhaltende Veränderung des Gesundheitszustandes (act. II 138/3 f.), indem er sich hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung der Ansicht der RAD-Ärztin Dr. med. G. _____ aus dem Jahr 2013 anschliesst, wonach keine solche, sondern lediglich selbstunsichere Persönlichkeitszüge gegeben seien, und indem er die mittelgradige depressive Episode als erneute reaktive Verschlechterung im Zusammenhang mit der am XX.XX.2014 erfolgten Kündigung der Arbeitsstelle qualifiziert, welche unter entsprechender Behandlung wieder abklingen und remittieren sollte.

4.2.2 Dieser Auffassung kann jedoch nicht gefolgt werden. Denn im zeitlichen Ablauf hat die depressive Problematik – wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht – nicht erst nach der Kündigung und dem Suizid der ... im ... 2014 eingesetzt, diese manifestierte sich bereits früher, so dass er ab dem XX.XX.2014 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben wurde (act. II 120, 129, 131) und sich ab dem XX.XX.2014 bei med. pract. C. _____ in psychiatrische Behandlung begab (act. II 129/4). Diese im ... 2014 eingetretene psychische Dekompensation stand sowohl gemäss dem Psychiater med. pract. C. _____ als auch gemäss dem Hausarzt Dr. med. D. _____ im Zusammenhang mit der Überforderung des Beschwerdeführers aufgrund der Steigerung der Erwerbstätigkeit auf ein 100 %-Pensum ab dem 1. Januar 2014 (act. II 131; act. I 3, 4). Med. pract. C. _____ hält zudem fest, dass die depressiven Beschwerden von der psychischen Belastung bei der Arbeit abhängen würden (act. I 3). Die Kündigung und der Suizid der ... im ... 2014 waren demnach nicht die auslösende Ursache für die neuerlichen psychischen Probleme des Beschwerdeführers, sie haben die bereits zuvor aufgrund der Erhöhung des Arbeitspensums bestehende psychische Problematik zusätzlich beeinflusst und führten ab dem XX.XX.2014 wieder zu einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit, dies nachdem der Beschwerdeführer kurzzeitig vom XX.XX. bis XX.XX.2014 zu 50 % arbeitsfähig war (act. II 129/2). Ausserdem ist zu berücksichtigen, dass med. pract. C. _____ entgegen der RAD-ärztlichen Beurteilung eine Persönlichkeitsstörung bejaht und dabei darauf hinweist, dass bei den bisherigen Stellenverlusten eine aus Sicht des Beschwerdeführers ungenügende oder fehlende Würdigung seiner Leistungen und eine in der Folge fehlende konstruktive Konfliktbewältigung eine Rolle gespielt hätten (act. I 3). Es besteht somit Uneinigkeit unter den psychiatri-

schen Fachärzten hinsichtlich des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung. Dabei ist jedoch festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer bereits früher eine solche diagnostiziert wurde, nämlich im bidisziplinären Gutachten der MEDAS K. _____ vom 13. August 2002 (act. IIa, unpaginiert), wo eine Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, narzisstischen und abhängigen Zügen (ICD-10: F60.8) angegeben wurde, und der Psychiater Dr. med. J. _____ hielt am 5. Februar 2014 (act. II 24) eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, abhängigen und paranoiden Zügen (ICD-10 F60.8) fest.

4.3 Mit Blick auf diese Gegebenheiten kann die Glaubhaftmachung einer relevanten anhaltenden Veränderung des Gesundheitszustandes nicht allein mit dem Hinweis darauf, die depressive Problematik sei reaktiver Natur und behandelbar, verneint werden. Vielmehr ist es mit Blick auf die sich widersprechenden fachärztlichen Berichte nicht ausgeschlossen, dass der Beschwerdeführer an einer Persönlichkeitsstörung leidet und die depressive Problematik damit in Zusammenhang steht. Folglich hat der Beschwerdeführer im relevanten Vergleichszeitraum eine wesentliche Veränderung der rechtserheblichen Tatsachen glaubhaft gemacht. Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 14. April 2015 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie auf die Neuanschuldung vom 9. Dezember 2014 eintrete und den Leistungsanspruch abkläre. Dabei scheint insbesondere in medizinischer Hinsicht die Durchführung einer die somatischen und psychischen Beschwerden abklärende Begutachtung als angezeigt. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin über die Ansprüche des Beschwerdeführers materiell zu entscheiden haben.

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. 500.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Rechtsanwalt B._____ macht mit der Kostennote vom 27. Mai 2016 einen Zeitaufwand von 8.1 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 2'025.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 60.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 166.80 (8 % von Fr. 2'085.--), total Fr. 2'251.80, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Demnach ist die Parteientschädigung auf Fr. 2'251.80 festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 14. April 2015 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie auf die Neuanmeldung eintrete und – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- 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. 2'251.80 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

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.