

200 16 744 IV
SCJ/GUA/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 6. Juli 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Gurtner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Juni 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1952 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 21. September 2009 unter Hinweis auf einen Arterienverschluss und Herzinfarkt bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen Invalidenversicherung [AB] 13). Mit den Verfügungen vom 20. September 2013 (AB 114) und 23. Oktober 2013 (AB 116) hob die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) die 2011 zugesprochene Hilflosenentschädigung sowie die Invalidenrente (AB 56 und 58) im Rahmen einer Rentenrevision von Amtes wegen nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 106 und 103) rückwirkend per 31. Dezember 2011 auf, da für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis zum Erlass der Verfügungen eine unrechtmässige Erwirkung der Rente bzw. der Hilflosenentschädigung vorgelegen habe (AB 116 S. 3 und 114 S. 3). Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Entscheid vom 7. August 2014, IV/2013/930 (AB 148); bzw. das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 15. Mai 2015, 9C_680/2014 (AB 159), ab.

B.

Am 12. Dezember 2014 meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (AB 156 S. 1 f.). Die IVB trat auf die Neuanmeldung ein (AB 168) und holte im Rahmen der medizinischen Abklärungen Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 171, 174, 175 und 182) ein. Mit Vorbescheid vom 15. März 2016 (AB 184) stellte die IVB dem Versicherten die Ablehnung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 185), der nicht weiter begründet wurde, wies die IVB das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 17. Juni 2016 (AB 189) ab, da der Invaliditätsgrad unter 40% liege und damit kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (AB 189 S. 2).

C.

Hiergegen lässt der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 22. August 2016 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 17. Juni 2016 sei vollumfänglich aufzuheben. Ihm seien die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen und Invalidenrente) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40% zuzüglich eines Verzugszinses zu 5% ab wann rechtens auszurichten. Eventualiter sei die Rechtsstreitsache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen unter Berücksichtigung mindestens der psychiatrischen und neuropsychologischen Fachrichtungen und weiterer beruflicher Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Subeventualiter sei ein medizinisches Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Das vorliegende Beschwerdeverfahren sei mit dem allfälligen Gesuch um prozessuale Revision des Urteils des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 7. August 2014, IV 2013/930, betreffend zu vereinigen. Zudem sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen und dem Beschwerdeführer die integrale unentgeltliche Rechtspflege und -verbeiständung zu gewähren.

Mit Eingabe vom 15. September 2016 reichte der Beschwerdeführer den Bericht des Röntgeninstituts H._____ vom 1. Juni 2016 (Beschwerdebeilagen [BB] 6) zu den Akten und zog sein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. November 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und reicht eine weitere Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. C._____, Fachärztin für Neurologie, vom 17. Oktober 2016 (AB 195) zu den Akten.

Mit Replik vom 10. April 2017 hält der Beschwerdeführer an den in der Beschwerde vom 22. August 2016 gestellten Rechtsbegehren und den dargelegten Standpunkten vollumfänglich fest.

Mit Duplik vom 30. Mai 2017 hält die Beschwerdegegnerin an den in der Beschwerdeantwort vom 16. November 2016 gestellten Rechtsbegehren fest.

Mit Eingabe vom 14. Juni 2017 reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte (BB 8) ein.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. Juni 2016 (AB 189). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

1.3 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf der sechsmonatigen Wartefrist. Der am 20. Dezember 1952 geborene Beschwerdeführer meldete sich am 12. Dezember 2014 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (AB 156 S. 1 f.). Unter

Berücksichtigung des Umstandes, dass sich der Beschwerdeführer für den Vorbezug der AHV-Rente – mithin ab Januar 2016 – entschieden hat (AB 183 S. 5) und der Anspruch auf eine IV-Rente mit der Entstehung des Anspruchs auf eine AHV-Rente unabhängig davon, ob die Rente im Sinne von Art. 40 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10) vorbezogen wurde, erlischt (Art. 30 IVG; Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH] des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV], Stand 1. Januar 2017, Rz. 2032), kann eine IV-Rente maximal ab Juni bis Dezember 2015 ausgerichtet werden. Der Streitwert liegt daher unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 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).

2.2 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 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).

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).

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).

3.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig und zu prüfen ist, ob seit Erlass der Verfügung vom 23. Oktober 2013 (AB 116), mit welcher die ab dem 1. August 2010 laufende IV-Rente (AB 56 S. 2) des Beschwerdeführers aufgehoben worden ist,

eine revisionsähnliche relevante Änderung eingetreten ist und wenn ja, ob nunmehr eine rentenbegründende Invalidität vorliegt (vgl. E. 2.4 hiavor).

3.1 Im Hinblick auf die Verfügung vom 23. Oktober 2013 (AB 116) kann den Akten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes entnommen werden:

3.1.1 Im Bericht vom 12. Februar 2013 (AB 88) führte die RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ aus, dass im Vordergrund der Beschwerden eine psychische Symptomatik mit Angstzuständen, Halluzinationen, Persönlichkeitsänderung mit Interessensverlust, sozialem Rückzug, Waschzwang und Gedächtnisstörung stünden. Das Verhalten des Beschwerdeführers sei jedoch nicht konsistent. Es wirke fast, wie wenn er während der Anamneseerhebung diese Symptome ausleben und ausagieren würde, sich während der körperlichen Untersuchung dann aber praktisch unauffällig verhalte. Dies schliesse eine organisch neurologische Erkrankung, wie beispielsweise eine Demenz, praktisch aus. Es mache den Eindruck, als ob die Symptome produziert würden. Ferner sei zu bedenken, dass die Fülle an Symptomen weit über die Diagnose einer Demenz hinausreiche. Aus neurologischen Gründen bestehe keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit. Die vaskuläre Pathologie (Herz/peripher arteriell) schliesse eine schwere körperliche oder regelmässige, mittelschwere körperliche Tätigkeit aus. Zusammenfassend sei aber das Vorliegen einer Demenz aufgrund der Vorakten und der Untersuchung sehr unwahrscheinlich (AB 88 S. 5).

3.1.2 Der RAD-Arzt Dr. phil. D. _____, Fachpsychologe für Neuropsychologie, diagnostizierte im Bericht vom 26. Februar 2013 (AB 91) eine neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion ohne eigenen Krankheitswert, deren Art und Ausmass sich weder schlüssig noch hinreichend als Folge einer wie auch immer gearteten zerebralen Affektion oder Dysfunktion erklären lasse. Die beklagten und produzierten Störungen in der mentalen Leistungsfähigkeit hätten nicht objektiviert werden können; sie liessen sich mit keinem neuropsychologischen Störungsbild vereinbaren bzw. widersprächen auf logisch zwingende Weise den möglichen Folgen von zerebralen Dysfunktionen. Die abschliessende Feststellung der Neurologin Dr. med. C. _____, dass das Vorliegen einer Demenz sehr unwahrscheinlich sei, werde durch die Ergebnisse der

neuropsychologischen Untersuchung vollumfänglich bestätigt bzw. gestützt (AB 91 S. 5).

3.1.3 Im Bericht des RAD vom 21. März 2013 (AB 96) hielt Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass sich in der eigenen psychiatrischen Untersuchung kein eindeutiges Bild einer Erkrankung nach ICD-10 zeige. Die Diagnose einer mittelgradigen Demenz könne aufgrund der objektiven Befunde und der Diskrepanzen nicht gestellt werden. Rein theoretisch könnten die Symptome unter der Diagnose dissoziative Störung zusammengefasst werden (AB 96 S. 11). Diese Diagnose sei allerdings wenig wahrscheinlich. Dies insbesondere auch, da der Beschwerdeführer bis 2009 psychiatrisch absolut unauffällig gewesen sei. Zudem hätten sich diese Symptome auch in den somatischen Berichten – und nicht nur in den psychiatrischen – zeigen sollen. Auf alle Fälle könne aufgrund der psychiatrischen, der neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen gesagt werden, dass keine Anhaltspunkte für eine organisch bedingte Demenz vorliegen würden (AB 96 S. 12). Aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt. Aus somatischer Sicht sei eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit ohne allzu grosse Stressbelastung, unter Berücksichtigung einer maximal 20 Minuten andauernden, ununterbrochenen Gehstrecke und ohne Nacharbeit vollumfänglich zumutbar (AB 96 S. 13).

3.2. Im Hinblick auf die vorliegend angefochtene Verfügung vom 17. Juni 2016 (AB 189) kann den Akten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes entnommen werden:

3.2.1 Dem Bericht der Klinik F._____, vom 18. März 2015 (AB 166 S. 11 – 16) ist zu entnehmen, dass die objektivierten kognitiven Minderleistungen zum aktuellen Zeitpunkt nicht spezifisch seien bzw. sich nicht sicher zuordnen liessen. Insgesamt liege eine frontale Funktionsstörung vor. Diese könne am ehesten multifaktoriell (Herzinfarkt mit folgender psychischer Dekompensation, psychotisches Erleben, depressiv-ängstliche Symptome) erklärt werden. Die vom Beschwerdeführer sowie von dessen geschiedenen Ehefrau beschriebenen episodischen Gedächtnis- sowie Arbeitsgedächtnisdefizite hätten nicht objektiviert werden können. Das Profil spreche gegen eine Demenz vom Alzheimer-Typ. Anzeichen für eine Epilepsie er-

gäben sich gemäss neurologischer Untersuchung eher nicht. Ein neurodegenerativer Prozess (insbesondere frontotemporale Demenz, vaskuläre Demenz) bzw. eine neurologische Ursache könne nicht vollständig ausgeschlossen werden. Aufgrund der allgemeinen Verlangsamung sei bei allen Alltagsaktivitäten mit einem erhöhten Zeitaufwand zu rechnen. In neuen unbekanntenen Situationen sowie in Momenten mit hohen Aufmerksamkeitsanforderungen (Dual Task) sei mit einer raschen Überforderung zu rechnen. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Erlernen von Neuem mehr Zeit brauchen werde. Zur weiteren Klärung der Diagnose könnten neben den medikamentösen Versuchen bzw. Anpassungen weitere Abklärungen sinnvoll sein (AB 166 S. 14).

3.2.2 Im Bericht vom 24. September 2015 (AB 174) stellte die RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ fest, dass sich die vorgebrachten subjektiven, kognitiven Beschwerden nicht von den Beschwerden, welche anlässlich der RAD-Untersuchung am 7. Februar 2013 (AB 88) vorgebracht worden seien, unterscheiden würden. Die fehlende Progredienz der Beschwerden spreche weiterhin gegen das Vorliegen einer Demenz. Das Vorliegen einer organischen Grundlage der geklagten Störung lasse sich nicht erkennen, so werde dies auch von der untersuchenden Neuropsychologin der Klinik F. _____ beschrieben. In diesem Sinne sei aus neuropsychologischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Verschlechterung ausgewiesen (AB 174 S. 3).

3.2.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ führte im Bericht vom 15. Oktober 2015 (AB 175) aus, dass keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden. Somatisch sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der vaskulären Problematik eingeschränkt. Das Zumutbarkeitsprofil sei unverändert. Eine leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit, ohne allzu grosse Stressbelastung, unter Berücksichtigung einer maximal 20 Minuten dauernden, ununterbrochenen Gehstrecke und ohne Nacharbeit, sei vollumfänglich zumutbar. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht nachgewiesen (AB 175 S. 10 f.).

3.2.4 Im Bericht vom 24. Mai 2016 (BB 5) führte Dr. med. G. _____, Fachärztin für Neurologie, aus, der Beschwerdeführer beklage vor allem

neurokognitive Beschwerden, Probleme mit vermehrter Vergesslichkeit und im Vordergrund stehende Adynamie und Antriebslosigkeit. Auch in der klinisch-neurologischen Untersuchung präsentiere sich ein wenig dynamisches Bild, obschon der Beschwerdeführer offen und zugänglich sei sowie sehr gut versuche mitzumachen. Die von ihm beschriebenen Denkblockaden würden sich auch in der kognitiven Prüfung zeigen. Dementsprechend habe er im MOCA-Test lediglich 23 von maximal 30 Punkten erreicht, wohingegen der SDMT-Test nach einer anfangs eher schwierigen Startphase dann korrekt durchgeführt worden sei. Diese allgemeine Antriebsminderung und Initiierungs- bzw. Starthemmung lasse an eine Frontalhirn-Pathologie denken, die weiter abgeklärt werden müsse. Möglich wären eine vaskuläre Leukencephalopathie, frontale Tumore, ein Meningeom ect. (AB 5 S. 3).

3.2.5 Die behandelnden Ärzte des Röntgeninstituts H. _____ kamen im Bericht vom 1. Juni 2016 (BB 6) aufgrund des MRI zum Schluss, dass eine mässige bifrontale Atrophie ohne Nachweis einer Blutung, einer Ischämie oder Raumforderung bestehe.

3.2.6 Im Bericht vom 9. Juni 2016 (BB 4) diagnostizierte Dr. med. G. _____ eine mittelschwere frontotemporale Demenz bei frontotemporal betonter Hirnatrophie, schwerem Antriebsmangel, Denkblockaden und starken Einschränkungen des Arbeitsgedächtnisses (BB 4 S. 1). Der Beschwerdeführer leide seit einigen Jahren unter einer langsam progredienten Einschränkung der neurokognitiven Fähigkeiten mit vermehrter Vergesslichkeit, Orientierungsschwierigkeiten und zunehmender Adynamie und Antriebslosigkeit, welche sich nicht plötzlich, sondern langsam im Verlaufe von fünf bis sieben Jahren eingestellt habe. Aufgrund der klinisch-neurologischen und neuropathologischen Befunde würde sich klinisch eine Frontalhirn-Pathologie zeigen. Im Schädel-MRI zeigten sich keine intrakraniellen Raumforderungen, jedoch aber eine das Altermass übersteigende frontotemporale Atrophie, wie es bei der klassischen frontotemporalen Demenz gesehen werde (BB 4 S. 3).

3.2.7 Hierzu nahm die RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ vom 17. Oktober 2016 (AB 195) Stellung und führte aus, dass auch gesunde Personen im Alterungsprozess eine frontale Atrophie haben könnten. Aufgrund des MRI-Befundes könne deshalb keine Diagnose abgeleitet werden. Es liege keine

Demenz und damit auch keine frontotemporale Demenz vor, dies gehe aus den Vorakten und dem seit nun ca. sieben Jahren nicht progredienten Verlauf hervor. Im Vergleich zu der Voruntersuchung von 2013 würden weniger Symptome berichtet, weniger Symptome präsentiert und diese hätten sich sogar verbessert. Dies widerspreche dem Verlauf degenerativer Demenzen, es handle sich dabei um fortschreitende Erkrankungen. Bei Beginn nach dem Herzinfarkt 2009 müssten nun deutliche Symptome vorliegen, welche immer schlechter würden, und zusätzliche Symptome auftreten, nicht umgekehrt wie in diesem Fall. Der Neurologin hätten keine Daten zum Längsverlauf vorgelegen, daher komme es zu der diskrepanten diagnostischen Einschätzung. Weder der MOCA-Test noch das MRI würden das Vorliegen einer Demenz beweisen. Ein Testergebnis von 23 wie auch der Befund des MRI würden beide als normal gelten. Ausschlaggebend und Diagnose bestimmend seien in diesem Falle ein Vergleich mit den Vorakten und vor allem der Verlauf (AB 195 S. 3 f.).

3.3

3.3.1 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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).

3.3.2 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. 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).

Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubewerten. 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 auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.4

Zu beurteilen ist in erster Linie, ob mit der im Bericht der Dr. med. G._____ vom 9. Juni 2016 (BB 4) diagnostizierten mittelschweren frontotemporalen Demenz ein Revisionsgrund gegeben ist. Die erstmals im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte der Dr. med. G._____

(BB 4 f.) wurden vor Erlass der Verfügung erstellt und sind somit vorliegend ohne weiteres zu berücksichtigen (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 17. Juni 2016 (AB 189) massgeblich auf die Berichte der RAD-Ärztinnen Dr. med. C._____ und Dr. med. E._____ vom 24. September 2015 und 15. Oktober 2015 gestützt (AB 174 und 175). Des weiteren ist auch der Bericht von Dr. med. C._____ vom 17. Oktober 2016 (AB 195) zu würdigen, in dem sie im Beschwerdeverfahren zur Einschätzung von Dr. med. G._____ Stellung nimmt. Die Berichte des RAD genügen den strengen Anforderungen jedoch nicht, welche an die Beweiswürdigung zu stellen sind, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll (vgl. E. 3.3.2 hier-vor).

3.4.1 Die RAD-Ärztin Dr. med. E._____ weist in ihrem Bericht vom 15. Oktober 2015 (AB 175) daraufhin, dass die Testresultate der Klinik F._____ (AB 166 S. 13 f.) grundsätzlich nicht verwertbar seien (AB 175 S. 10), weil keine Beschwerdevalidierung durchgeführt wurde. Dies vermag nicht zu überzeugen. Zum einen zieht Dr. med. E._____ ihre Schlussfolgerung, ohne den Beschwerdeführer erneut untersucht zu haben. Zum anderen können auch unter Berücksichtigung der Vorgeschichte die Befunde der Klinik F._____ (AB 166 S. 11 – 16) nicht ohne weiteres als grundsätzlich nicht verwertbar qualifiziert werden. Angesichts der Kooperationsbereitschaft des Beschwerdeführers, die Dr. med. G._____ in den Berichten vom 24. Mai 2016 und 9. Juni 2016 bestätigte (BB 5 S. 3 und 4 S. 3 f.), ist zumindest nicht auszuschliessen, dass die Beschwerdevalidierung bestanden worden wäre.

3.4.2 Weiter überzeugen auch die Einwände der RAD-Ärztin Dr. med. C._____ nicht. Richtig ist, dass die zahlreichen vom Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung vom 7. Februar 2013 während der Anamneseerhebung beklagten Symptome (AB 88 S. 2) – welche angeblich so ausgeprägt waren, dass er sich nicht selber versorgen und kaum alleine die Wohnung verlassen konnte – sich stark vom Verhalten während der körperlichen Untersuchung unterschieden haben, weshalb Dr. med. C._____ zum Schluss kam, dass die Symptome vom Beschwerdeführer produziert

worden seien (AB 88 S. 5). Dies konnte später denn auch anhand der Observationsergebnisse (AB 97) bestätigt werden, so dass sowohl die Schilderungen des Beschwerdeführers als auch diejenigen seiner Ehefrau anlässlich der Untersuchungen im Jahre 2013 als nicht glaubwürdig eingestuft werden mussten. Dennoch ist hinsichtlich ihrer Einschätzung zum aktuellen Gesundheitszustand zu berücksichtigen, dass diese allein auf einer Aktenbeurteilung basiert, ohne dabei eigene Untersuchungen durchgeführt zu haben und vorliegend nicht ohne weiteres auf die 2013 gewonnenen Erkenntnisse abgestellt werden kann. Den Berichten von Dr. med. G. _____ vom 24. Mai und 9. Juni 2016 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer während der ganzen Untersuchung offen zugewandt gewesen sei, wohlüberlegt geantwortet habe und während der ganzen Untersuchung sehr kooperativ gewesen sei (BB 5 S. 3 f. und 4 S. 3). Unter diesen Umständen bestehen genügend Anhaltspunkte, für die Annahme, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung von Dr. med. G. _____ – im Gegensatz zu den früheren Abklärungen durch den RAD (AB 88, 91 und 96) – seinen Gesundheitszustand bzw. seine Beschwerden korrekt geschildert hat. Ausserdem ist dem Bericht von Dr. med. G. _____ vom 9. Juni 2016 (BB 4) – entgegen der Auffassung von Dr. med. C. _____, die sich allein darauf beruft, dass aus den MRI-Befunden des Röntgeninstituts H. _____ vom 1. Juni 2016 (BB 6) keine Diagnose abgeleitet werden könne (AB 195 S. 2) – zu entnehmen, dass das Schädel-MRI eine das Altersmass übersteigende Atrophie zeige, wie es bei der klassischen Demenz oft gesehen werde (BB 4 S. 3). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass auch die behandelnden Ärzte der Klinik F. _____ im Bericht vom 16. März 2016 (AB 166 S. 11 – 16) von einer leichten bis mittelschweren kognitiven Minderleistung in verschiedenen Bereichen ausgingen (AB 166 S. 14).

Damit kann weder auf den Bericht von Dr. med. E. _____ vom 15. Oktober 2015 (AB 175) noch auf die Berichte von Dr. med. C. _____ vom 24. September 2015 und 17. Oktober 2016 (AB 174 und 195), welche sich einzig auf frühere Untersuchungen stützen, abgestellt werden.

3.4.3 Des weiteren vermögen auch die Berichte der behandelnden Ärzte (AB 166 S. 11 – 16; BB 4 – 6) nicht vollständig zu überzeugen. Dr. med.

G._____ zieht ihre Schlussfolgerungen ohne Kenntnis der Vorakten und somit ohne Vergleichsgrundlage (BB 4 f.). Dies dürfte, insbesondere im Hinblick auf das vorliegend in Frage stehende Krankheitsbild, mit dem primär eine progrediente Verschlechterung des Gesundheitszustandes einhergeht, eine zuverlässige Diagnose erschweren, wenn nicht gar verunmöglichen. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der Untersuchung in der Klinik F._____ keine Beschwerdevalidierung durchgeführt wurde.

Daran ändern auch die mit Eingabe vom 14. Juni 2017 neu eingereichten Berichte (BB 8) nichts, da diese auf Untersuchungen nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Juni 2016 (AB 189) basieren und keine Rückschlüsse auf die im massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung bestehende Situation zulassen (vgl. SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Es drängt sich deshalb eine fachärztliche Abklärung zur Frage auf, ob tatsächlich neu die Diagnose einer frontotemporalen Demenz gestellt werden kann und wenn ja, wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit in der Zeit ab Juni bis Dezember 2015 auswirkte. Weiterer Abklärungsbedarf hinsichtlich zusätzlicher Gesundheitsschäden, insbesondere in somatischer Hinsicht, ist dagegen – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde, S. 6) – nicht ersichtlich. Der neueste Entscheid des Bundesgerichts, mit dem das Revisionsgesuch des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, ändert am Abklärungsbedarf nichts, wird doch darin ausdrücklich offen gelassen, ob es im Zeitraum zwischen Herbst 2013 und Juni 2016 zu einer Veränderung des Gesundheitszustandes gekommen sei (vgl. Entscheid des BGer vom 20. März 2017, 9F_9/2016, E. 2.4).

3.5 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde somit gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 17. Juni 2016 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie weitere Abklärungen vornehme und im Sinne der Erwägungen neu verfüge. Auf die Durchführung einer EMRK-Verhandlung kann bei diesem Ergebnis des Obsiegens verzichtet werden (vgl. BGE 136 I 279 E. 1 S. 281; SVR 2008 IV Nr. 56 S. 185 E. 3.2.3 2006 IV Nr. 1 S. 3 E. 3.4 - 3.6).

4.

4.1 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. 800.--, 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. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 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).

Die Parteientschädigung ist gestützt auf die angemessene Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ vom 14. Juni 2017 auf Fr. 3'136.45 (inkl. Auslagen und MWSt) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung aufzuerlegen.

4.3 Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist in Folge des Rückzuges als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 17. Juni 2016 aufgehoben und die Sache an die Be-

schwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'136.45 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt lic. iur. 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.