

200 17 493 IV  
KOJ/SHE/STL/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 14. August 2017**

Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. April 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1955 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine berufliche Tätigkeit bei der C.\_\_\_\_\_ unfallversichert, als er am 28. April 1988 eine Kontusion des rechten Ellbogens erlitt (vgl. Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1.1/180). Am 9. Juni 1989 (AB 1.1/189) meldete sich der Versicherte bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach getätigten Abklärungen sprach ihm diese mit Verfügung vom 22. Mai 1991 (AB 1.1/80) bei einem Invaliditätsgrad von 100% ab 1. April 1989 eine ganze Invalidenrente zu. Infolge eingeleiteter Rentenrevisionsverfahren senkte die IVB mit Verfügung vom 30. März 1992 (AB 1.1/52) bei einem Invaliditätsgrad von 50% die bisher bezogene ganze Rente ab 1. Mai 1992 auf eine halbe Invalidenrente, bzw. hob mit Verfügung vom 22. Februar 1994 (AB 1.1/3) bei einem Invaliditätsgrad von 20% die Rente per Ende März 1994 auf. Die Verfügungen blieben unangefochten.

### **B.**

Am 24. April 2009 (AB 3) erfolgte mit Hinweis auf seit 2008 bestehende Depressionen erneut ein Leistungsgesuch bei der IVB. Diese tätigte in der Folge berufliche und medizinische Abklärungen. Mit Verfügung vom 10. Mai 2010 (AB 22) verneinte die IVB in Anwendung der ausserordentlichen Bemessungsmethode bei einem Invaliditätsgrad von 36% den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente. Die Verfügung blieb unangefochten.

### **C.**

Am 1. Dezember 2016 (AB 28) reichte der Versicherte unter Verweis auf ein psychisches Leiden eine weitere Neuanschuldung zum Leistungsbezug ein. Mit Schreiben vom 14. Dezember 2016 (AB 32) forderte die IVB den

Versicherten auf, eine allfällige seit Erlass der Verfügung vom 10. Mai 2015 (AB 32) eingetretene, für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung glaubhaft zu machen bzw. schriftlich zu belegen. Andernfalls werde auf das Gesuch nicht eingetreten. In der Folge liess dieser verschiedene Arztberichte einreichen (vgl. AB 34, 36). Gestützt auf die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 2. Februar 2017 (AB 37) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 9. Februar 2017 (AB 38) in Aussicht, auf sein Gesuch nicht einzutreten, da er nicht glaubhaft dargelegt habe, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der Verfügung vom 10. Mai 2015 verändert hätten. Dagegen erhob dieser am 2. März 2017 (AB 42) Einwände und reichte weitere medizinische Berichte ein, insbesondere das vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebene bidisziplinäre neurologisch-psychiatrische Gutachten der D.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_\_) vom 23. Januar 2017 (AB 42/3). Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme beim RAD vom 6. April 2017 (AB 46) verfügte die IVB am 18. April 2017 (AB 47) dem Vorbescheid entsprechend und trat auf das neue Leistungsbegehren nicht ein.

#### **D.**

Hiergegen erhob der Versicherte – vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ – am 23. Mai 2017 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, die Verfügung vom 18. April 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, dem Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2016 eine ganze Rente auszurichten.

In der Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 grundsätzlich (vgl. E. 1.2.2 hiernach) einzutreten.

### **1.2**

**1.2.1** Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

**1.2.2** Anfechtungsobjekt bildet vorliegend die Verfügung vom 18. April 2017 (AB 47). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanmeldung vom 1. Dezember 2016 (AB 28) nicht eingetreten ist. Soweit der Beschwerdeführer die Zusprache einer ganzen Rente

beantragt, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten, da diese Frage ausserhalb des Anfechtungsobjekts liegt. Somit braucht im vorliegenden Verfahren auch keine Stellung genommen werden zur Frage, in welchem Zeitpunkt ein allfälliger Rentenanspruch entstehen würde (vgl. Beschwerde S. 2, 2. Rechtsbegehren und Beschwerdeantwort S. 2 lit. C. Ziff. 3).

**1.3** Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln als Einzelrichterin oder Einzelrichter Beschwerden gegen Nichteintretensverfügungen oder -entscheide (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 vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [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). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). 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).

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).

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

### **3.**

**3.1** Vorliegend ist zu beurteilen, ob der Beschwerdeführer eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes, die geeignet ist, seinen Anspruch auf Leistungen der IV zu beeinflussen, in zureichender Weise glaubhaft ge-

macht hat (vgl. E. 2.1 hiervor). Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der leistungsabweisenden Verfügung vom 10. Mai 2010 (AB 22) mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 18. April 2017 (AB 47; vgl. E. 2.3 hiervor).

**3.2** Aus den medizinischen Akten, welche der Beschwerdegegnerin zum Zeitpunkt der Verfügung vom 10. Mai 2010 (AB 22) vorlagen, ergibt sich das Folgende:

**3.2.1** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 2. Mai 2009 (AB 11/8) eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Störungen (ICD-10 F33.11; Ziff. 1). Ab Frühling 2008 sei der Versicherte zunehmend depressiv verstimmt gewesen, habe aber trotzdem vollständig gearbeitet. Die Situation habe sich verschlimmert und der Versicherte sei vom Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ab 29. Oktober 2008 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben worden. Am 2. November 2008 habe ihm der Hausarzt den Versicherten zugewiesen (Ziff. 2a). Die depressive Episode habe sich seit Mitte März 2009 etwas gebessert, der Versicherte wirke aber noch erschöpft und subdepressiv. Er sei allseits orientiert, bewusstseinsklar, habe keine Wahrnehmungsstörungen, sei im Denken noch verlangsammt, habe mässig schwere Kurzzeitgedächtnisstörungen und sei affektiv nahbar, ohne Ich-Störungen. Weiter seien der Antrieb und die Unternehmungslust noch stark vermindert (Ziff. 2b). Ab dem 1. April 2009 arbeite der Versicherte wieder zu 40%. Eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit sei wegen der noch vorhandenen depressiven Störung vorderhand nicht möglich (Ziff. 4).

**3.2.2** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 10. Mai 2009 (AB 11/1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine im Oktober 2008 dekompensierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.11). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden u.a. ein Diabetes mellitus Typ 2 sowie eine arterielle Hypertonie (S. 2 Ziff. 1.1). Rein körperlich bestünden keine relevanten Einschränkungen. Primär liege eine psychische Problematik mit residueller Erschöpfung vor. Zum Teil klage der Versicherte über ein Ulnarisreizsyndrom rechts nach Unfall und cervikale degenerative Beschwerden. Die Einschränkungen hätten eine verminderte

Belastbarkeit, v.a. im ..., zur Folge (S. 4 Ziff. 1.7). Ab dem 29. Oktober 2008 habe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, seit dem 1. April 2009 liege eine solche von 60% vor (S. 3 Ziff. 1.6).

**3.2.3** Im Arztbericht vom 26. Mai 2009 (AB 13) legte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit ab dem 1. Juni 2009 auf 40% fest (Ziff. 1.5). Die Arbeitsfähigkeit könne noch gesteigert werden, wobei der Zeitrahmen noch unklar sei (S. 4 Ziff. 1.7).

Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hielt im Zwischenbericht vom 13. November 2009 (AB 16) fest, der Gesundheitszustand habe sich seit Ende Juli 2009 leicht verschlechtert (S. 1 Ziff. 3). Trotz intensiver Therapie habe sich eine Verschlechterung der depressiven Störung gezeigt, wobei es vor allem am aussergewöhnlichen zeitlichen Arbeitseinsatz gelegen habe (schwankende Arbeitspensen; S. 2 Ziff. 1). Zusätzlich seien diverse private Belastungen dazugekommen (Auszug der Ehefrau, Erkrankung der im Haus des Versicherten lebenden Mutter; Ziff. 2). Die Arbeitsunfähigkeit liege seit dem 3. August 2009 bis auf weiteres bei 60 % (S. 1 Ziff. 5).

**3.3** Bezüglich des medizinischen Sachverhalts seit der Verfügung vom 10. Mai 2010 (AB 22) ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.3.1** Im Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_\_ vom 21. September 2011 (AB 24/13) wurden u.a. eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinente in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.21), eine Alkohol-Poly-neuropathie (ICD-10 G62.1), ein Status nach Benzodiazepinabhängigkeit, gegenwärtig abstinente (ICD-10 F13.20), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00) sowie ein nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (ICD-10 E11) diagnostiziert (S. 13). Der Versicherte sei nach wie vor von seiner Ehefrau getrennt, es bestehe jedoch seit der Abstinenz wieder ein sehr gutes Verhältnis (S. 14).

Im Untersuchungsbericht vom 1. Dezember 2011 (AB 24/9) wurde festgehalten, das kognitive Leistungsprofil des Versicherten sei geprägt durch eine deutliche Verlangsamung. Weiter sei eine Verminderung der verbalen Lern- und Aufnahmefähigkeit sowie ein zeitverzögerter Informationsverlust

für nonverbale Inhalte objektiviert worden. Auch lägen Hinweise auf Einschränkungen des Arbeitsgedächtnisses vor, nicht jedoch auf einen typischen alkoholbedingten Abbau (S. 11). Die erhobenen Einschränkungen erklärten die subjektiven Beschwerden gut. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zurzeit eingeschränkt. Der Versicherte könne alle Tätigkeiten nur noch weit langsamer verrichten als vor seiner Erkrankung. Auf dem Hintergrund seiner vielfältigen körperlichen Schwierigkeiten seien ihm ausschliesslich leichte körperliche Routinearbeiten zuzumuten. Anspruchsvollere körperliche und/oder kognitive Aufgaben sowie tempogebundene Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar (S. 12).

**3.3.2** Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 28. Dezember 2011 (AB 24) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende chronische depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00) bei ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), eine Alkoholabhängigkeit, seit über sieben Monaten nachgewiesene Abstinenz (ICD-10 F10.20), eine alkoholbedingte beinbetonte Polyneuropathie (ICD-10 G62.1), alkoholbedingte anhaltende kognitive Beeinträchtigungen (ICD-10 F10.74), einen nicht primär insulinabhängigen Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11), Ösophagusvarizen (ICD-10 I85.0), eine Arthrose sowie eine massive Bewegungseinschränkung im rechten Ellbogen bei Zustand nach Unfall 1988 (S. 2 Ziff. 1.1). Aufgrund der somatischen Probleme bestünden deutliche körperliche Einschränkungen im gelernten Beruf als ... . Zudem bestünden aufgrund der depressiven Episoden Einschränkungen in der psychischen Stabilität, im Bereich sozialer Kontakte und im selbstständigen Planen und Umsetzen von Tätigkeiten. Auch leide der Versicherte zeitweise unter einer starken sozialen Unsicherheit, existenziellen Ängsten und Depressionen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen würden. Er benötige daher einen überschaubaren, stabilen und unterstützenden Rahmen, um seine Arbeitsfähigkeit erhalten und auch wieder aufbauen zu können (S. 6 Ziff. 1.7). Aufgrund der bestehenden Defizite bestehe auf dem freien Arbeitsmarkt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 5 Ziff. 1.5).

Im Bericht vom 10. September 2016 (AB 27.2/4) legte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ dar, der Versicherte leide aus psychiatrischer Sicht unter einer schweren rezidivierenden Depression (ICD-10 F32.2), einer Angst- und Panikstörung (ICD-10 F41) und einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F40; S. 5 Ziff. 3). Im Vordergrund stünden die körperlichen Beschwerden in Form von Schmerzen an den unteren Extremitäten beidseits und der Unmöglichkeit, wie früher zu laufen und sich zu bewegen. Die Schmerzen seien Folgen der organischen Krankheiten. Es bestehe eine Multimorbidität im Sinne einer Polyneuropathie, eines Diabetes mellitus und einer schweren rezidivierenden Depression, kompliziert mit Angst- und Panikstörungen. Weiter bestehe eine schwere Depression mit einer bedrückten Stimmung, Antriebslosigkeit, einer affektiven Verflachung, Grübeln, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, kognitiven Defiziten sowie Konzentrations-, Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen. Der Versicherte habe keine Ausdauer (S. 4 Ziff. 1). Zurzeit bestehe allein aus psychiatrischer Sicht eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige 50%-Stelle (S. 5 Ziff. 6). Im Vordergrund stünden aber die körperlichen Krankheiten. Das schlechte körperliche Befinden, die Dauerschmerzen und die Unmöglichkeit zu laufen würden auch stark die Psyche beeinflussen. Auch in anderen Tätigkeiten bestehe derzeit keine Arbeitsfähigkeit (Ziff. 7).

**3.3.3** Im Bericht vom 20. September 2016 (AB 27.2/2) kam Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dem Versicherten wäre nach Stabilisierung der psychiatrischen Situation eine körperlich leichte Arbeit ohne Heben von schwereren Lasten mit Vermeidung von Belastungen der HWS und LWS in wechselbelastender Körperstellung ohne erhöhtes Stressniveau zumutbar. Der rechte Arm brauche eine gewisse Schonung resp. Erholungsphasen mit kurzen Pausen. Das Arbeitspensum solle zu Beginn 25-30% nicht überschreiten, die Leistungsfähigkeit werde daher etwas eingeschränkt sein (S. 3 Ziff. 7).

**3.3.4** Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 6. Januar 2016 (recte: 2017; AB 34/11) eine schmerzhaft sensible Polyneuropathie, einen Diabetes mellitus sowie eine rezidivierende Depression bzw. generalisierte Angststörung (S. 11). Anamnese und Klinik seien vereinbar mit einer sensibel betonten Polyneuropathie mit al-

lerdings, entgegen den Erwartungen, nur leicht pathologischen elektroneurographischen Befunden (S. 13). In Zusammenschau mit dem schmerzhaften Charakter und den Beschwerden spreche dies für eine die kleinen Fasern bevorzugt betreffende Polyneuropathie, deren Ursachen differentialdiagnostisch diabetisch seien (S. 13 f.). Weitere laborchemische Abklärungen hätten keine zusätzlichen Ursachen gezeigt (S. 14).

**3.3.5** Dr. med. H. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 7. Januar 2017 (AB 36) aus, im Vordergrund stünden die seit über sechs Monaten vorhandenen körperlichen Beschwerden in Form von Schmerzen an den unteren Extremitäten beidseits und der Unmöglichkeit, mehr als ein paar Schritte zu laufen und sich zu bewegen. Die Schmerzen seien Folge der organischen Krankheiten. Es bestehe eine Multimorbidität im Sinne einer Polyneuropathie, eines Diabetes mellitus sowie von schweren rezidivierenden Depressionen, kompliziert mit Angst- und Panikstörungen. Dazu seien im Jahr 2016 noch kardiale Synkopen dazugekommen. Die organischen Krankheiten und die Dauerschmerzen hätten auch die Psyche beeinflusst (S. 1 Ziff. 1). Die Schmerzen bestünden bereits in einer so starken Ausprägung, dass der Versicherte seit Monaten nur hinkend und mit Unterstützung ein paar Schritten laufen könne. In Ergänzung zum Bericht vom September 2016 wurden unklare, wiederholte Synkopen mit Bewusstlosigkeit diagnostiziert; zurzeit bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 4).

**3.3.6** RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 2. Februar 2017 (AB 37) aus, mit den dargelegten Befunden werde nur die Erkenntnis einer sicherlich bereits 2010 bestehenden Alkohol- und Benzodiazepinabhängigkeit gewonnen. Die Suchtproblematik werde von der behandelnden Psychiaterin im Gesuch nicht thematisiert. Die genannte Unmöglichkeit, mehr als ein paar Schritte zu laufen und sich zu bewegen, könne in diesem Ausmass anhand des neurophysiologischen Befundes vom Januar 2016 [recte: 2017] nicht nachvollzogen werden. Befunde, die die „unklaren, wiederholten Synkopen mit Bewusstlosigkeit?“ erklärten, würden nicht vorgelegt. Auch erscheine die psychiatrische Diagnosestellung wenig plausibel. Eine adäquate antidepressive Therapie könne anhand der aktuellen psychiatrischen Berichte nicht nachgewiesen werden. Somit sei keine Verschlechterung

rung des Gesundheitsschadens seit dem 10. Mai 2010 nachgewiesen (S. 7).

**3.3.7** Im bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle D. \_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2017 (AB 42/3) wurden als Diagnosen mit längerdauernden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine beinbetonte, schmerzhaft, überwiegend sensible Polyneuropathie, am ehesten im Rahmen des Diabetes mellitus, differentialdiagnostisch zusätzlich äthylisch bedingt (ICD-10 G63.2), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) und eine generalisierte Angststörung, leichtgradig ausgeprägt (ICD-10 F41.1), genannt. Mit möglicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe der dringende Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol mit Blutbildveränderung, erhöhten Transaminasen und massiv erhöhter CDT (ICD-10 F10.1), differentialdiagnostisch eine Alkoholabhängigkeit (S. 23 Ziff. 6).

Im neurologischen Untersuchungsbefund zeige sich das Bild einer beinbetonten, überwiegend sensiblen Polyneuropathie mit distaler, sockenförmiger Hypästhesie, Hypalgesie an beiden Füßen, deutlich reduziertem Vibrationsempfinden an den Knöcheln sowie einer sehr auffälligen sensiblen Dystaxie. Das Gangbild sei ausgesprochen unsicher, bereits bei leicht erschwerten Gangproben zeige sich eine erhebliche Fallneigung. Bei Fortfall visueller Kontrolle bestehe eine erhebliche Dystaxie. Auffallend sei zudem eine ubiquitär sehr schwächliche Muskulatur. An den Beinen wirke die Muskulatur insbesondere im Unterschenkelbereich bereits atrophisch. Was die geschilderten Kollapszustände betreffe, sei ein epileptisches Anfallsleiden unwahrscheinlich, eher sei von vasovagalen bzw. kreislaufbedingten Kollapszuständen bei arteriellem Bluthochdruck auszugehen. Darüber hinaus sei anlässlich der neurologischen Untersuchung eine leichte kognitive Einschränkung mit etwas verlangsamter Psychomotorik, visköser Ein- und Umstellfähigkeit sowie eine Kritikminderung aufgefallen. Für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als ... sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig. Denkbar seien aus rein neurologischer Sicht eine Tätigkeit einfacher geistiger Natur mit geringen Verantwortungsbereichen, überwiegend aus sitzender Körperposition heraus, ohne Tätigkeiten an schnell laufenden Maschinen, auf Leitern und Gerüsten oder an anderen absturzgefährdeten Ar-

beitsplätzen. Derartige Arbeiten könne er aus rein neurologischer Sicht mit einer Arbeitsfähigkeit von 50% verrichten (S. 19).

Der psychiatrische Gutachter kam zum Schluss, insgesamt seien die diagnostischen Kriterien für ein(e) leichtgradig ausgeprägte(s) depressive(s) Syndrom/Episode im Rahmen einer teilremittierten rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.0) erfüllt. Zusätzlich könne eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) bestätigt werden. Die vordiagnostizierte Angst- und Panikstörung habe aktuell nicht bestätigt werden können, zumal vom Versicherten keine diesbezüglichen Symptome angegeben würden und die Diagnose einer generalisierten Angststörung gemäss ICD-10 die gleichzeitige Diagnose einer Panikstörung ausschliesse. Aufgrund der erhobenen Laborwerte bestehe der dringende Verdacht auf einen übermässigen Alkoholkonsum (ICD-10 F10.1) mit erkennbaren Auswirkungen auf die Blutbildung und die Leber. Differentialdiagnostisch sei auch eine Alkoholabhängigkeit zu erwägen. Durch den mutmasslichen schädlichen Alkoholkonsum dürfte auch die erhebliche diabetische Polyneuropathie zusätzlich negativ beeinflusst werden und möglicherweise auch die kognitiven Funktionen, die am Tag der neurologischen Untersuchung beeinträchtigt imponierten. Was die leichtgradig ausgeprägte ängstliche und depressive Symptomatik betreffe, so sei aufgrund leichter Störungen der Affektregulation, der Konzentrationsspanne, der zeitlichen Belastbarkeit und der allgemeinen Belastbarkeit, des verminderten Selbstvertrauens und der verminderten Selbstbehauptungsfähigkeit eine leichte Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit nachvollziehbar, nicht jedoch eine fortgesetzte volle Arbeitsunfähigkeit, wie sie seitens der behandelnden Psychiaterin für sämtliche Arbeitsbereiche und Tätigkeiten attestiert werde. In einer von psychiatrischer Seite leidensangepassten Tätigkeit mit geringem bis höchstens durchschnittlichem Anspruch an die kognitiven Fähigkeiten mit geringen Verantwortungsbereichen und geringen Ansprüchen an die emotionale Belastbarkeit wäre aus rein psychiatrischer Sicht medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 80% zumutbar, bezogen auf eine 100%-Pensum (S. 20 ff.).

Die bisherige Tätigkeit sei dauerhaft nicht mehr zumutbar, eine angepasste Tätigkeit aus interdisziplinärer Sicht zu 50% (S. 24 f.).

**3.3.8** Der Einwand vom 2. März 2017 (AB 42) gegen den Vorbescheid vom 9. Februar 2017 (AB 38) wurde von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ sowie dem Versicherten unterschrieben. Darin ist die Rede von einer eindeutigen Verschlechterung des psychischen Befindens im letzten Monat mit bedrückter Stimmung, Antriebslosigkeit, Grübeln, Freudlosigkeit und Auftreten von Bildern belastender Ereignisse. Im letzten Monat seien noch starke kognitive Defizite, Wortfindungs-, Merkfähigkeits-, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen dazugekommen.

**3.3.9** Im Bericht vom 6. April 2017 (AB 46) führte RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ aus, der Versicherte habe im Rahmen der Begutachtung keine Symptome aufgeführt, die auf eine Angststörung schliessen lassen würden. In einer angepassten leichten Tätigkeit mit entsprechenden qualitativen Einschränkungen werde seitens des neurologischen Gutachters eine nicht nachvollziehbare „Restarbeitsfähigkeit von 50%“ postuliert. Die bidisziplinäre versicherungsmedizinische Einschätzung des Gutachtens der Begutachtungsstelle D. \_\_\_\_\_ hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit übernehme komplett die neurologische Einschätzung (S. 2). Dem psychiatrischen Teil des Gutachtens der Begutachtungsstelle D. \_\_\_\_\_ könne vollumfänglich zugestimmt werden. Die Einschätzungen auf rein neurologischem Gebiet hinsichtlich der rein sensiblen Polyneuropathie mit polyvalenter Ätiologie (Alkohol und Diabetes mellitus) könne nicht nachvollzogen werden. Erst bei vollständiger Alkoholabstinenz nach Entgiftungs- und Entwöhnungstherapie könne nach einem Zeitraum von bis zu sechs Monaten der eigentliche neurologische Status beurteilt werden. Danach könne über die Möglichkeit einer Verschlechterung des Gesundheitsschadens seit dem 10. Mai 2010 befunden werden (S. 3).

**3.4** 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 anzuge-

ben, 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).

**3.5** Die Verfügung vom 18. April 2017 (AB 47) stützt sich im Wesentlichen auf die RAD-Berichte von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2017 (AB 37) und 6. April 2017 (AB 46), wonach seit der Verfügung vom 10. Mai 2010 (AB 22) keine wesentliche Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten sei. Die RAD-Aktenbeurteilungen überzeugen in beweisrechtlicher Hinsicht jedoch nicht.

In den medizinischen Berichten seit der rentenablehnenden Verfügung vom 10. Mai 2010 wurden von den behandelnden Ärzten und den Gutachtern neue Diagnosen gestellt, so etwa eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6; AB 24), eine schwere rezidivierende Depression (ICD-10 F32.2), eine Angst- und Panikstörung (ICD-10 F41), eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F40; AB 27.2/4 S. 5 Ziff. 3) sowie eine schmerzhafte sensible Polyneuropathie (AB 34/11 S. 11). Zudem wurde im Gegensatz zu früher (AB 11 S. 2 Ziff. 1.1) nun dem Diabetes mellitus zumindest teilweise Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bemessen (AB 24 S. 2 Ziff. 1.1 und AB 42/3 S. 23 Ziff. 6). In der Verfügung vom 10. Mai 2010 stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ab 3. August 2009 attestierte Arbeitsfähigkeit von 40% (AB 16 S. 1 Ziff. 5). In den im Neuanmeldungsverfahren eingereichten Arztberichten wurde nun die Arbeitsfähigkeit bei 0% (AB 24 S. 5 Ziff. 1.6, AB 36 S. 2 Ziff. 4) bzw. 25-30% (AB 27.2 S. 3 Ziff. 7) eingeschätzt. Im Gut-

achten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_\_ wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit attestiert (AB 42 S. 24 Ziff. 9) und aus bidisziplinärer versicherungsmedizinischer Sicht wurde in einer angepassten Verweistätigkeit eine Restarbeits- und Leistungsfähigkeit von (lediglich) 50% festgestellt. Somit ist gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte und der Gutachter eine seit der Verfügung vom 10. Mai 2010 eingetretene wesentliche Veränderung glaubhaft dargelegt. Daran vermögen die Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ nichts zu ändern, zumal diese – im Gegensatz zu den vorerwähnten Ärzten – den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hat. Namentlich greift im Rahmen des hier interessierenden Eintretens auf das Leistungsbegehren ihre Feststellung, die ärztlichen Einschätzungen seien teilweise nicht nachvollziehbar, zu kurz; diesbezüglich sind im Rahmen der materiellen Anspruchsprüfung gegebenenfalls weitere Abklärungen vorzunehmen. Insoweit überzeugt nicht ohne weiteres, was Dr. med. J.\_\_\_\_\_ zur Einschätzung der behandelnden Psychiaterin im Allgemeinen und bezüglich der von den Gutachtern diagnostizierten Angststörung im Speziellen festhält (vgl. AB 46 S. 2 f.), wurde doch diese Diagnose von der psychiatrischen Gutachterin gestützt auf die von ihr während der zweistündigen psychiatrischen Exploration erhobenen Befunde gestellt – gutachterlich ausgeschlossen wird einzig eine gleichzeitige Angst- und Panikstörung (AB 42 S. 21 oben) – und hält die RAD-Ärztin gleichzeitig selber fest, dem psychiatrischen Teil des Gutachtens der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_\_ könne vollumfänglich zugestimmt werden. Vorliegend muss nicht abschliessend über den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_\_ befunden werden, zumal für das Glaubhaftmachen einer erheblichen Änderung ausreicht, wenn wenigstens gewisse Anhaltspunkte hierfür bestehen (vgl. E. 2.1 hier- vor), was hier nach dem Gesagten der Fall ist, umso mehr als auch zu berücksichtigen ist, dass zwischen den Vergleichszeitpunkten beinahe sieben Jahren vergangen sind, weshalb an die Glaubhaftmachung keine allzu hohen Anforderungen zu stellen sind (vgl. E. 2.2 hiervor). Ob sodann die Beschwerden auf den Alkoholabusus zurückzuführen sind wie auch die Fragen, ob die von der behandelnden Psychiaterin bescheinigte Verschlechterung des psychischen Befundes objektivierbar ist und auf die von mehreren Ärzten attestierte Arbeitsunfähigkeit bzw. Leistungseinschrän-

kung für die Invaliditätsbemessung abgestellt werden kann, ist im Rahmen der materiellen Prüfung des Leistungsbegehrens abzuklären.

**3.6** Nach dem Dargelegten hat der Beschwerdeführer eine erhebliche Sachverhaltsveränderung bezüglich seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht. Daher braucht vorliegend die Frage, ob sich seine erwerbliche Situation verändert hat (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. 8), nicht beantwortet zu werden. Die Beschwerde vom 23. Mai 2017 ist – soweit darauf einzutreten ist – unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 18. April 2017 (AB 47) gutzuheissen und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese auf die Neuanschuldung eintrete und den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers materiell prüfe.

#### **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 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. 500.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**4.2** Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten zu ersetzen. 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).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ vom 5. Juli 2017 wird die Parteientschädigung auf Fr. 2'211.-- (Honorar Fr. 2'000.--, Auslagen Fr. 47.20, MWSt. Fr. 163.80) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu er-

setzen; das teilweise Nichteintreten rechtfertigt keine Kürzung der Entschädigung.

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen, soweit darauf eingetreten werden kann. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 18. April 2017 wird aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'211.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

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.