

200 18 610 IV
SCI/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. Dezember 2018

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Juni 2018



Sachverhalt:

A.

Im Dezember 2009 meldete sich der 1960 geborene A. _____ wegen Krankheit erstmals bei der Invalidenversicherung für eine berufliche Integration/Rente an (Antwortbeilage [AB] 8). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) nahm in der Folge in medizinischer und erwerblicher Hinsicht Abklärungen vor. Nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens bei der MEDAS C. _____ (MEDAS-Gutachten vom 30. September 2011; AB 45.1) verfügte die IV-Stelle am 30. November 2011 bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 30% die Abweisung des Leistungsbegehrens. Da der Invaliditätsgrad unter 40% liege, bestehe kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (AB 49). Diese Verfügung ist unangefochten geblieben.

B

Im Februar 2012 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung für eine berufliche Integration/Rente an (AB 53). Die IV-Stelle beauftragte daraufhin Dr. med. D. _____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer interdisziplinären Begutachtung des Versicherten. Das entsprechende Gutachten datiert vom 23. September 2011 (recte: 2012; AB 70.1). Mit Mitteilung vom 30. November 2012 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf berufliche Massnahmen (AB 72).

Am 19. März 2014 ging der IV-Stelle ein einverlangter Bericht der psychiatrischen Dienste F. _____ zu. Der Versicherte sei am 7. Januar 2014 mittels ärztlicher fürsorglicher Unterbringung durch Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aufgrund einer psychotischen Dekompensation mit Fremdgefährdung und Verfolgungswahn eingewiesen worden (AB 77). Die IV-Stelle beauftragte in der Folge über die Plattform SuisseMed@p nach dem Zufallsprinzip die MEDAS C. _____ mit einer

erneuten polydisziplinären Begutachtung des Versicherten (MEDAS-Gutachten vom 5. Februar 2016; AB 109.1).

Nach entsprechendem Vorbescheid (AB 111) wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 6. Mai 2016 ab. Gemäss MEDAS-Gutachten vom 5. Februar 2016 habe sich sein Gesundheitszustand seit der Verfügung 30. November 2011 nicht signifikant verändert. Es liege somit kein Revisionsgrund und folglich bei einem unveränderten Invaliditätsgrad von 30% auch kein Rentenanspruch vor (AB 117). Diese Verfügung ist wiederum unangefochten geblieben.

C.

Im April 2017 ging der IV-Stelle eine offenbar bei der Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB) eingereichte erneute Anmeldung des Versicherten vom 23. März 2017 zu (AB 123). Im Mai 2017 wurden Berichte der behandelnden Ärzte nachgereicht (AB 127). Die IV-Stelle holte hierauf bei med. pract. M._____, dem neuen Hausarzt des Versicherten, einen aktuellen Bericht inkl. die medizinischen Vorakten (AB 137) sowie bei Dr. med. G._____ und dem Zentrum H._____ je einen Bericht ein (AB 140, 143). Anschliessend unterbreitete sie das Dossier dem RAD zur Beurteilung, ob und allenfalls ab wann aufgrund der objektiven Befunde eine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit welchen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei (AB 144).

Nach je einer RAD-Aktenbeurteilung durch Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie (AB 148), und Dr. med. J._____, Fachärztin für Anästhesiologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie (AB 151 S. 4 f.), stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23. März 2018 die Abweisung seines erneuten Leistungsbegehrens hinsichtlich Invalidenrente in Aussicht. Die Abklärungen hätten ergeben, dass keine relevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten sei und somit kein Revisionsgrund vorliege. Es bestehe folglich nach wie vor kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (AB 154).

Hiergegen erhob der Versicherte am 5. April 2018 Einwand (AB 155), welchen er, neu vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 8. Mai 2018 (AB 161) nachbegründen liess.

Am 7. Juni 2018 (AB 163) nahm Dr. med. I. _____ vom RAD Stellung. Mit Verfügung vom 22. Juni 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten auf eine Invalidenrente ihrem Vorbescheid vom 23. März 2018 entsprechend ab (AB 164).

D.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 4. September 2018 Beschwerde mit den Rechtsbegehren:

1. *Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 22.06.2018 sei aufzuheben.*
2. *Es sei festzustellen, dass der Versicherte Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen der IV hat.*
3. *Es sei dem Versicherten eine volle Invalidenrente zuzusprechen und die Akten seien zur Bestimmung des Rentenbetrags der zuständigen Ausgleichskasse zuzuweisen.*
4. *Eventuell seien weitere Abklärungen in medizinischer Hinsicht oder im Hinblick auf allfällige berufliche Massnahmen zu treffen. In diesem Fall seien die Akten zwecks Umsetzung dieser Anordnungen der Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.*

Unentgeltliche Rechtspflege

5. *Es sei dem Beschwerdeführer für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege zu gewähren und es sei ihm der unterzeichnende Anwalt als amtlicher Anwalt beizuordnen.*
6. *Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.*

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Oktober 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei. Die Verfahrenskosten seien dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und es sei keine Parteientschädigung auszurichten.

Am 18. Oktober 2018 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers unaufgefordert eine Replik zur Beschwerdeantwort ein, wobei er die Anträge gemäss Beschwerde vollumfänglich bestätigte.

Mit Stellungnahme vom 9. November 2018 hielt die Beschwerdegegnerin an den Ausführungen in der Beschwerdeantwort wie auch an den darin gestellten Anträgen fest.

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 einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 22. Juni 2018 (AB 164). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Soweit die beschwer-

deweise gestellten Anträge über diese Frage hinausgehen, kann auf sie nicht eingetreten werden, da allfällige andere Leistungsansprüche gegenüber der IV nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung bilden und es diesbezüglich somit an einer Sachurteilsvoraussetzung – nämlich dem Anfechtungsgegenstand – fehlt (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ab-

lauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. 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 rentenbe-

gründende 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).

Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2).

2.6 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). Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 23. März 2017 (AB 123) eingetreten und hatte in der Folge materiell zu prüfen, ob eine Veränderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist. Gestützt auf die vorgenommenen Abklärungen hat sie dies

verneint (AB 164). Zu prüfen ist, ob sie das zu Recht getan hat, wobei die Frage des Eintretens auf die Neuanschuldung hier nicht zu prüfen ist (vgl. E. 2.5 hiervor).

3.2 Zu vergleichen ist vorliegend der Sachverhalt, wie er der letzten einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers materiell beurteilenden und verneinenden rechtskräftigen Verfügung vom 6. Mai 2016 (AB 117) zu Grunde lag, mit demjenigen zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 22. Juni 2018 (AB 164).

3.2.1 Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 5. Februar 2016 (AB 109.1), auf das sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 6. Mai 2016 hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts gestützt hat, sind als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine funktionelle sensorische Hemiparese links im Sinne einer dissoziativen Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit paranoiden und histrionischen Anteilen (ICD-10: Z73.1) festgehalten (AB 109.1 S. 24). Die Diagnosen seien mit den vorbekannten Diagnosen grösstenteils übereinstimmend (AB 109 S. 30). Der Beschwerdeführer habe über die Jahre auf dem Boden einer schweren somatoformen Störung eine funktionelle Hemisymptomatik links entwickelt (AB 109 S. 29). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... sei er übereinstimmend mit dem MEDAS-Gutachten von 2011 weiterhin nicht arbeitsfähig. In Anbetracht der mittlerweile verfestigten Konversionsstörung, die sich in der funktionellen Hemisymptomatik links ausdrücke, und der Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit über fünf Jahren nicht mehr gearbeitet habe, werde es schwierig sein, ihn wieder ins Berufsleben einzugliedern. Andererseits habe der Beschwerdeführer genügend Ressourcen, um einer körperlich leichten Verweistätigkeit nachgehen zu können. Unter anderem bastle er am ... und ausserdem habe er trotz der bekannten Persönlichkeitsakzentuierung jahrelang bei verschiedenen Arbeitgebern arbeiten können und dort auch eine zufriedenstellende Leistung erbracht. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer aktuell zu 50% in einer der funktionellen Hemisymptomatik angepassten Tätigkeit arbeitsfähig (AB 109.1 S. 28). Die Arbeitsfähigkeit werde gegenüber 2011 nun weniger optimistisch eingeschätzt. Dabei handle es sich um eine ande-

re Wertung der Auswirkungen der grösstenteils übereinstimmenden vorbekannten Diagnosen. Aus medizinischer Sicht habe sich seit dem MEDAS-Gutachten vom 30. September 2011 (AB 45.1) keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands ergeben (AB 109.1 S. 30 i.V.m. AB 109.1 S. 26). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit liege neu ein Zustand nach mehrmaliger psychotischer Störung im Rahmen eines Akineton- und Benzodiazepinkonsums sowie eines Missbrauchs opiathaltiger Schmerzmittel (ICD-10: F19.5) bei einem Status nach Benzodiazepinabhängigkeit mit ständigem Substanzgebrauch vor (AB 109.1 S. 24). Eine depressive Symptomatik habe sich unter antidepressiver Medikation zum Untersuchungszeitpunkt nicht (mehr) feststellen lassen. Deswegen sei es kaum möglich, retrospektiv einzuschätzen, ob die intermittierend diagnostizierte depressive Symptomatik (vgl. AB 45.1 S. 14, AB 70.1 S. 11 und 15) eine Begleiterscheinung der dissoziativen Bewegungsstörung und der somatoformen Schmerzstörung oder ein davon losgelöster Gesundheitsschaden gewesen sei. In Anbetracht der Ausprägung und des langjährigen Verlaufs der dissoziativen Bewegungsstörung und der somatoformen Schmerzstörung sei eher vorstellbar, dass sich die depressive Symptomatik auf dem Boden dieser schweren Störungen entwickelt habe (AB 109.1 S. 31).

Die Beschwerdegegnerin wies das Rentenbegehren in der Folge ab. Sie ging mangels eines Revisionsgrundes unverändert von einer vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner früheren Tätigkeit als ... und einer maximalen Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20% in einer angepassten Tätigkeit aus (AB 117 i.V.m. AB 49).

3.2.2 Im Rahmen der Neuanmeldung vom 23. März 2017 gab der Beschwerdeführer an, an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) sowie an mehreren neurologischen und kardialen körperlichen Problemen zu leiden (AB 123 S. 6). Als Beleg gingen der Beschwerdegegnerin in der Folge mehrere Berichte der behandelnden Ärzte zu:

Dem Bericht von Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Pneumologie, vom 17. November 2016 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an einem Lungenemphysem (CT vom 24. Oktober 2014) im Rahmen einer mittelschweren chronisch-obstruktiven

Pneumopathie bei persistierendem Nikotinabusus leidet. Dabei wird eine stabile Situation mit im Vergleich zum Vorjahr erfreulichem Verlauf beschrieben (AB 127 S. 8).

Gemäss den Berichten von Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Kardiologie, vom 19. Januar (AB 137 S. 11 ff.), 7. Februar (AB 127 S. 5 ff.) und 24. Februar 2017 (AB 127 S. 3 f.) leidet der Beschwerdeführer an einer koronaren 2-Gefässerkrankung und einer hypertensiven Kardiopathie. Nach einer Koronarangiographie und Intervention mit PTCA und Setzen von zwei Stents in Ästen der rechten Koronararterie am 16. Januar 2017 (AB 137 S. 11 ff.) sowie einer Re-Koronarangiographie und Intervention mit u.a. PTCA und Setzen von zwei Stents in Ästen der linken Koronararterie am 6. Februar 2017 (AB 127 S. 5 ff.) und Einstellen der schweren arteriellen Hypertonie seien die anfänglichen postinterventionellen atypischen Thoraxbeschwerden vollständig verschwunden. Der Beschwerdeführer beklage auch unter Belastung keine Angina pectoris oder Anstrengungsdyspnoe mehr und es seien auch keine Rhythmusstörungen, kein Schwindel und keine Synkopen aufgetreten. In der Ergometrie zeige sich mit 128 Watt eine leicht reduzierte Leistungsfähigkeit (90% der altersentsprechenden Sollkapazität) ohne Hinweise auf eine Ischämie und ohne Rhythmusstörungen (AB 127 S. 4).

Im Rahmen eines MRI der Halswirbelsäule wegen einer Zervikobrachialgie links am 21. April 2017 zeigten sich mehretagig Diskopathien, vor allem auf Höhe C5-C7 mit foraminale Einengung (AB 127 S. 2).

Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte beim Beschwerdeführer sodann mit Bericht vom 23. Juni 2017 eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen bei einem Status nach einem epileptischen Anfall vom Typ Grand-mal, einer Lähmung und Atrophie der linken oberen Extremität, Gefässerkrankungen der unteren Gliedmassen sowie Atemwegserkrankungen. In Anbetracht der Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands aufgrund der genannten Erkrankungen und Pathologien, denen noch erhebliche Zahnprobleme mit der Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffs hinzuzufügen seien, zeige der psychische Zustand des Beschwerdeführers verstärkt Störungen aus dem depressiven Formenkreis gekennzeichnet durch Angst-

und Unsicherheitsgefühle, Apathie, Demotivation, sozialen Rückzug, Gefühle der Abwertung, Verlust des Selbstwertgefühls, Schlafstörungen mit Albträumen, Gewichtsverlust, Libidoverlust sowie Gefühle der Verzweiflung aufgrund des Bewusstseins seiner mehrfachen Behinderungen und der Nichtanerkennung seines grossen Leidens seit vielen Jahren. Die gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit betrage 100% und zwar bereits seit 2010 und das definitiv (AB 140).

3.2.3 Im Rahmen seiner Aktenbeurteilung vom 7. Februar 2018 hielt Dr. med. I._____ gestützt auf diese Berichte fest, dass seit dem MEDAS-Gutachten von 2016 neue somatische Diagnosen vorlägen und zwar eine koronare Herzkrankheit mit normaler Herzfunktion und ohne Narben von asymptomatischen Myokardinfarkten, eine mittelschwere chronisch-obstruktive Pneumopathie bei persistierendem Nikotinkonsum sowie degenerative Veränderungen mit Diskopathien im Bereich der Halswirbelsäule. Gemäss MRI vom 21. April 2017 lägen zwei foraminale Einengungen vor. Als Indikation für das MRI seien keine neurologischen Defizite, sondern lediglich Zervikobrachialgien links angegeben worden. Das heisse, dass diese Einengungen keine objektiven funktionellen Einschränkungen auslösten, die eine signifikante dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Hinsichtlich der koronaren Herzkrankheit hielt Dr. med. I._____ fest, dass weder ein akuter Myokardinfarkt dokumentiert sei noch Narben eines Myokardinfarkts identifiziert worden seien. Die Beweglichkeit des Herzmuskels sei normal. Bezüglich mittelschwerer chronisch-obstruktiver Pneumopathie bei persistierendem Nikotinabusus führte er aus, eine respiratorische Insuffizienz sei nicht rapportiert, die Sauerstoffsättigung in Ruhe sei sehr gut auf 97% und die ganze Lungensituation im Vergleich zu 2015 unverändert. Mittelschwere und schwere Tätigkeiten, wiederholte stehende und gehende Tätigkeiten mit Anstrengung, Tätigkeiten auf Schulterhöhe und körperfernes Heben und Tragen von Lasten, Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sowie wiederholte beugende, bückende, kniende und/oder kauernde Tätigkeiten seien nicht zumutbar. Auch wenn neue Gesundheitsschäden seit 2016 objektiviert worden seien, bleibe das, was im MEDAS-Gutachten von 2016 als zumutbar betrachtet worden sei, mit diesen neuen Gesundheitsschäden ohne neue zusätzliche Einschrän-

kungen zumutbar. Vornehmlich sitzend und mit Gebrauch der rechten Hand sei der Beschwerdeführer 50% arbeitsfähig (148 S. 3 f.).

Gemäss ärztlichem Bericht der RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ vom 26. Februar 2018 (AB 151) konnten anlässlich einer Laborkontrolle vom 22. Januar (recte: Februar; AB 152 S. 2) 2018 Opiate weit über dem Cutoff sowie eine hohe Konzentration an Benzodiazepinen, jedoch kein Urinmarker nachgewiesen werden. Der Blutspiegel von Eflexor sei im Referenzbereich gelegen, ebenso der Testosteronspiegel. Die Werte von TSH, Vitamin B12 und Folsäure seien in der Norm gewesen, das rote Blutbild normal (AB 151 S. 4). Der Beschwerdeführer erhalte Dormicum 15 mg am Abend und 7.5 mg in Reserve. Dormicum sei ein Benzodiazepin. Angesichts dessen, dass Dormicum schon vor Jahren ein Thema gewesen sei, müsse davon ausgegangen werden, dass eine Benzodiazepinabhängigkeit bestehe. An der Urinprobe auffallend gewesen sei, dass Opiate nachgewiesen worden seien, obwohl dem Beschwerdeführer gemäss Akten kein Opiat verordnet worden sei. Ausserdem sei kein Ruma Marker im Urin vorhanden gewesen. Das könne den Grund haben, dass der Beschwerdeführer früher als 30 Minuten nach der Einnahme des Markers den Harn abgegeben habe oder er einen anderen Harn als den seinen abgegeben habe. Letzteres sei unwahrscheinlich, weil kein Versicherter seinen Harn austausche, indem er den Harn von jemandem nehme, der Opiate konsumiere. Psychiatrisch sei bereits zum Zeitpunkt des MEDAS-Gutachtens von 2016 darauf hingewiesen worden, dass der Beschwerdeführer suchtspezifisch behandelt werden müsste. Im Vorfeld sei schon ein Morphin- und Benzodiazepinkonsum (Dormicum) bekannt gewesen. Morphin sei ein stark wirksames Opiat. Opiate führten bei langer Dauer der Einnahme dazu, dass die Schmerzschwelle gesenkt werde, was über den Mechanismus einer zentralen Hyperalgesierung erfolge. Opiate machten als Nebenwirkung bei langer Einnahme hormonelle Veränderungen, welche bei Männern auch das Testosteron betreffen. Dadurch könne auch eine Libidoverlust auftreten. Das heisse, ein Libidoverlust müsse nicht zwingendermassen durch eine depressive Symptomatik verursacht sein. Testosteronmangel könne auch Müdigkeit und Antriebslosigkeit verursachen. Es könne auch zu Schlafstörungen sowie zu Gefühlen führen, die wie depressiv aussehen könnten. Im Bericht des behandelnden Psychiaters vom 23. Juni 2017 werde zwar eine schwe-

re depressive Episode mit psychotischen Symptomen diagnostiziert, eine solche werde in diesem Bericht aber nicht nachgewiesen. Es lägen keine Befunde vor, sondern lediglich Symptombeschreibungen, abgestellt auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Neue medizinische Befunde, welche eine andere medizinische Situation als früher ergäben, seien nicht ausgewiesen. Dies gelte für den somatischen als auch den psychiatrischen Bereich (AB 151 S. 5).

Mit Aktennotiz vom 7. Juni 2018 (AB 163) hielt Dr. med. I. _____ fest, wenn er im Bericht vom 7. Februar 2018 schreibe, keine zusätzlichen objektiven Einschränkungen seit dem MEDAS-Gutachten vom 5. Februar 2016 identifiziert zu haben, bedeute das gleichzeitig, dass er auch keine zusätzlichen Einschränkungen zum MEDAS-Gutachten vom 30. September 2011 identifiziert habe, womit dem Beschwerdeführer weiterhin zugemutet werden könne, was ihm in der Verfügung vom 30. November 2011 zugemutet worden sei. In einer angepassten Tätigkeit könne aufgrund der Tatsache, dass die Funktion der linken Hand nur noch im Sinne einer Hilfs- hand fungiere, von einer maximalen Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20% ausgegangen werden. Eine höhere Bemessung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit könne objektiv nicht begründet werden. Es lägen hierfür weder aus intern- medizinischer noch psychiatrischer Sicht Gründe vor. Es seien zwar medi- zinisch neue Gesundheitsschäden objektiviert worden, die objektive funkti- onelle Einschränkungen auslösten. Diese führten aber nicht zu weiteren Einschränkungen des bis jetzt etablierten Zumutbaren. Was bis jetzt als zumutbar betrachtet worden sei, bleibe zumutbar. Eine versicherte Person, die quasi nur mit der rechten Hand arbeiten könne, könne keine mittel- schweren bis schweren Tätigkeiten ausüben. Sie sollte eher in einer stabili- len (sitzenden) Position arbeiten, bei der sie die Hilfs- hand am Besten ein- setzen könne. Sie könne nicht auf Leitern und Gerüsten und nicht mit einer Hand auf Schulterhöhe oder körperfern arbeiten. Instabile Positionen (beu- gende, bückende, kniende und/oder kauern- de Positionen) seien nicht zu- mutbar, wenn nur eine Hand normal funktioniere (AB 163 S. 1).

3.3 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Das Gericht wird 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 S. 470 und E. 4.6 S. 471, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.4

3.4.1 In somatischer Hinsicht sind seit 2016 unstrittig neue Befunde hinzugetreten, die gemäss Dr. med. I. _____ objektive funktionelle Einschränkungen zur Folge haben (AB 148 S. 4, AB 163 S. 1). Dabei hielt Dr. med. I. _____ in seiner Aktenbeurteilung vom 7. Februar 2018 fest, dass das, was im MEDAS-Gutachten von 2016 als zumutbar betrachtet

worden sei, auch mit den neuen Gesundheitsschäden ohne zusätzliche Einschränkungen zumutbar bleibe. Vornehmlich sitzend und mit Gebrauch der rechten Hand sei der Beschwerdeführer 50% arbeitsfähig (AB 148 S. 4). Dabei übersah er jedoch, dass diese Einschränkung damals zufolge unveränderter Verhältnisse zum Jahr 2011 unberücksichtigt blieb. In seiner Aktennotiz vom 7. Juni 2018 führte er sodann aus, da das MEDAS-Gutachten von 2016 keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes seit dem MEDAS-Gutachten von 2011 ergeben habe, bedeute das gleichzeitig, dass dem Beschwerdeführer weiterhin zugemutet werden könne, was ihm in der Verfügung vom 30. November 2011 zugemutet worden sei: In einer angepassten Tätigkeit könne aufgrund der Tatsache, dass die Funktion der linken Hand nur noch im Sinne einer Hilfshand fungiere, von einer maximalen Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 20% ausgegangen werden. Eine höhere Bemessung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (richtig wohl: **-unfähigkeit**) in einer angepassten Tätigkeit könne objektiv nicht begründet werden. Es lägen dafür weder aus internmedizinischer noch psychiatrischer Sicht Gründe vor (AB 163 S. 1).

Diese kaskadenhafte Deduktion zurück auf die erste Einschätzung überzeugt angesichts der neuen Gesundheitsschäden nicht. Die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch Dr. med. I. _____ in seinen beiden Aktenberichten lässt zwar noch nicht auf das Vorliegen eines Revisionsgrundes in somatischer Hinsicht schliessen, weckt jedoch erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner diesbezüglichen Feststellungen. Zwar kann in Übereinstimmung mit Dr. med. I. _____ ein Revisionsgrund in pulmonaler Hinsicht bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, wird vom zuständigen Facharzt in seinem Bericht vom 17. November 2016 (AB 127 S. 8) doch eine stabile Situation mit im Vergleich zum Vorjahr (und damit zur Zeit vor der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Verneinung eines Rentenanspruchs) erfreulichem Verlauf beschrieben. Da der pulmonalen Problematik bereits im Vergleichszeitpunkt keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zukam, kann der diesbezüglich erfreuliche Verlauf keine Veränderung im revisionsrechtlichen Sinne darstellen. Angesichts der vorbestehenden psychischen Symptomatik mit integriert somatischer Einschrän-

kung (siehe E. 3.2.1 hiavor) müssen die neu hinzugekommenen kardiologischen und orthopädischen Befunde jedoch interdisziplinär diskutiert und allfällige Wechselwirkungen mit vorbestehenden Gesundheitsschäden gemeinsam von den entsprechenden Fachärzten beurteilt werden. Eine isolierte Betrachtung der neu hinzugekommenen somatischen Befunde unter dem Aspekt des bisherigen Zumutbarkeitsprofils, wie sie Dr. med. I. _____ ohne Berücksichtigung allfälliger Auswirkungen auf die vorbestehende komplexe psychische Problematik vorgenommen hat, genügt bei dieser Ausgangslage (unabhängig von den widersprüchlichen Ausführungen von Dr. med. I. _____ zur Arbeitsfähigkeit) nicht für eine abschliessende Verlaufsbeurteilung. Es bedarf hier eines sowohl in psychiatrischer (hierzu vgl. auch E. 3.4.2) als auch somatischer Hinsicht umfassenden polydisziplinären Verlaufsgutachtens, in welchem alle Probleme in der Gesamtschau auf den Tisch gelegt und gutachterlich gewürdigt werden.

3.4.2 In den neueren Berichten attestiert der behandelnde Psychiater dem Beschwerdeführer eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (AB 140 sowie Beschwerdebeilage [BB] 16), wobei diese Diagnose von ihm auch schon früher – vor der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Verneinung eines Rentenanspruchs – gestellt worden war (vgl. AB 88 S. 2). Im Zeitpunkt der Verfügung vom 6. Mai 2016 (AB 117) wurden diesbezüglich ein Zustand nach mehrmaliger psychotischer Störung im Rahmen eines Akineton- und Benzodiazepinkonsums sowie eines Missbrauchs von opiathaltigen Schmerzmitteln (ICD-10: F19.5) festgehalten (AB 109.1 S. 19), eine depressive Symptomatik zum Untersuchungszeitpunkt explizit verneint (AB 109 S. 31) und in Bezug auf den Substanzgebrauch in der Vergangenheit und die Notwendigkeit einer weiteren Abstinenz eine Psychoedukation dringend empfohlen (AB 109.1 S. 30). Wie die RAD-Psychiaterin Dr. med. J. _____ in ihrem Aktenbericht vom 26. Februar 2018 (AB 151 S. 4 f.) überzeugend darauf hinweist, finden sich in den Akten hiernach weder eine Aufforderung zu einer solchen Behandlung noch Abstinenznachweise, dafür aber in der Laborkontrolle vom 22. Februar 2018 (AB 152 S. 2) Opiate weit über dem Cutoff sowie eine hohe Konzentration an Benzodiazepinen und damit gewichtige Anhaltspunkte für einen erneuten Substanzmissbrauch (AB 151 S. 1). Auch wenn ein solcher die gemäss behandelndem Psychiater wieder aufgetretenen psy-

chotischen Symptome allenfalls erklären könnte (vgl. AB 77) und die RAD-Psychiaterin in ihrer Aktenbeurteilung vom 26. Februar 2018 überzeugend ausführt, eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen werde im Bericht des behandelnden Psychiaters vom 23. Juni 2017 (AB 140) zwar diagnostiziert, aber nicht nachgewiesen – der Bericht enthalte nur auf die Angaben des Beschwerdeführers abgestellte Symptombeschreibungen, aber keine Befunde –, genügt dies nicht, um das Vorliegen der vom behandelnden Psychiater diagnostizierten depressiven Episode mit psychotischen Symptomen nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einem Substanzmissbrauch zuzuschreiben oder gar gänzlich medizinisch auszuschliessen. Daran ändern auch die medizinisch nachvollziehbaren Ausführungen der RAD-Psychiaterin nichts, wonach ein langjähriger Opiatkonsum u.a. hormonelle Veränderungen, insbesondere einen Testosteronmangel verursachen könne, der viele der vom behandelnden Psychiater beschriebenen Symptome erklären würde. Der Testosteronspiegel des Beschwerdeführers war gemäss ihrem eigenen Bericht im Referenzbereich. Zudem kann der Urinprobe mit dem Opiatnachweis nicht volle Beweiskraft beigemessen werden, nachdem der Urinmarker in der Probe nicht nachgewiesen werden konnte und damit nicht zweifelsfrei erstellt ist, dass es sich bei der Probe tatsächlich um diejenige des Beschwerdeführers handelt. Der Opiatnachweis schliesst entgegen Dr. med. J. _____ einen Austausch oder eine Verwechslung der Probe nicht mit Sicherheit aus, wobei festzuhalten ist, dass der Beschwerdeführer die nachgewiesenen Werte beschwerdeweise nicht in Zweifel zieht. Angesichts des damit möglichen erneuten Substanzmissbrauchs wird die Beschwerdegegnerin zunächst mittels Mahn- und Bedenkzeitverfahrens eine hinreichend lange Opiat- und Benzodiazepinabstinenz des Beschwerdeführers sicherzustellen haben, um damit eine für die Belange der Invalidenversicherung valide polydisziplinäre Verlaufsbegutachtung (vgl. E. 3.4.1 hier vor) zu ermöglichen.

3.4.3 Sollte gestützt auf die dannzumal durchzuführende Verlaufsbegutachtung neu ein Rentenanspruch ausgewiesen sein, hätte die Beschwerdegegnerin hinsichtlich des Rentenbeginns zusätzlich zu klären, wann der Beschwerdeführer die Neuanmeldung vom 23. März 2017 (AB 123) der Post oder der Ausgleichskasse übergeben hat, da dieses Datum massge-

blich ist für den Beginn der Karenzfrist nach Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. Art. 29 Abs. 3 ATSG sowie E. 2.2 hiervor).

3.5 Die Beschwerde ist nach dem Dargelegten, soweit auf sie eingetreten werden kann (siehe E. 1.2 hiervor), gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache dem Eventualbegehren des Beschwerdeführers entsprechend zum Vorgehen im Sinne der Erwägungen und neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

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).

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 von Rechtsanwalt B._____ eingereichte Kostennote vom 18. Oktober 2018 ist nicht zu beanstanden. Gestützt auf diese Kostennote wird die Parteientschädigung des Beschwerdeführers für das vorliegende Verfahren auf Fr. 2'443.40 (Honorar Fr. 2'160.--, Auslagen Fr. 108.70, MWSt. Fr. 174.70) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

4.3 Damit ist das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher

Anwalt gegenstandslos geworden und als erledigt vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde, soweit auf sie eingetreten werden kann, wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 22. Juni 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'443.40 (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 B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 9. November 2018)
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.