

200 20 564 IV
KOJ/SAW/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Dezember 2020

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Baumann

A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Juni 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1962 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 15. Oktober 2001 unter Hinweis auf einen Morbus Crohn im Darm und in der Speiseröhre bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Mit Verfügung vom 5. März 2003 (AB 29) sprach die IVB dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 52% mit Wirkung ab 1. August 2002 eine halbe Invalidenrente zu. Dieser Anspruch wurde mit Verfügung vom 23. Mai 2005 (AB 34) revisionsweise bestätigt. Im Rahmen einer weiteren Rentenüberprüfung ermittelte die IVB einen Invaliditätsgrad von 60% und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 2. Juli 2008 (AB 50) rückwirkend ab Januar 2008 eine Dreiviertelrente zu. Die in der Folge im Februar 2009 (AB 52) und April 2011 (AB 59) durchgeführten Revisionen ergaben keine rentenbeeinflussenden Änderungen (vgl. Verfügungen vom 6. Juli 2009, AB 56, und 23. Januar 2012, AB 72). Im April 2012 wurden dem Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Ausbildungskurses zugesprochen (vgl. Mitteilung vom 10. April 2012, AB 80) und im Juli 2014 liess die IVB den Versicherten durch die D._____ (MEDAS) interdisziplinär in den Fachgebieten Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Gastroenterologie und Infektiologie begutachten (vgl. Gutachten der MEDAS vom 8. September 2014, AB 96.1). Nach Rückfragen an die MEDAS (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2015, AB 104) bestätigte die IVB mit Verfügung vom 20. Mai 2015 (AB 107) die Weiterausrichtung der bisherigen Dreiviertelrente.

B.

Am 5. März 2019 teilte der Versicherte im Rahmen einer weiteren Rentenrevision mit, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (AB 111 S. 2 Ziff. 1.1). Die IVB tätigte in der Folge medizinische Abklärungen und veranlasste insbesondere eine psychiatrische Begutachtung durch PD Dr. med.

E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Expertise vom 19. März 2020, AB 140.1). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 141) bestätigte die IVB mit Verfügung vom 12. Juni 2020 (AB 144) die Weiterausrichtung der bisherigen halben Rente (richtigerweise: Dreiviertelrente). Zur Begründung legte sie dar, es liege keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes vor.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch lic. iur. C._____ vom B._____, mit Eingabe vom 27. Juli 2020 Beschwerde und beantragte die kostenfällige Aufhebung der Verfügung vom 12. Juni 2020 insofern, als ihm eine ganze Rente zuzusprechen sei.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. September 2020 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 einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 12. Juni 2020 (AB 144). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3 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.

2.4 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).

2.5 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.5.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert

haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.5.2 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

2.5.3 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2019 IV Nr. 68 S. 220 E. 2).

2.6 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 be-

züglich 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3. Nachfolgend ist zu prüfen, ob zwischen der Verfügung vom 20. Mai 2015 (AB 107) – anlässlich welcher die letzte materielle Überprüfung des Rentenanspruchs stattfand (vgl. E. 2.5.3 hiervor) – und der hier angefochtenen Verfügung vom 12. Juni 2020 (AB 144) eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen.

3.1 Die Verfügung vom 20. Mai 2015 (AB 107) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf der interdisziplinären MEDAS-Begutachtung vom 23. September 2014 (AB 96.1), bei welcher der Beschwerdeführer allgemeininternistisch, psychiatrisch, rheumatologisch, gastroenterologisch und infektiologisch untersucht wurde. Unter Berücksichtigung sämtlicher Fachgebiete diagnostizierten die Gutachter das Folgende (S. 22 f. Ziff. 5):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Morbus Crohn, ED 1985 (ICD-10 K50.0)
- Chronische Diarrhoe (ICD-10 K52.9)
- Chronisch rezidivierendes Lumbalsyndrom (ICD-10 M54.5)
- Hypermobilität (ICD-10 M35.7)
- Beginnende Coxarthrose rechts (ICD-10 M16.9)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Perfektionistische, selbstunsichere Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)
- Rezidivierender Herpes simplex labialis (ICD-10 B00.1)
- Multidermatomaler Herpes zoster C2/C3 links (ICD-10 B02.9)
- Osteopenie (DEXA 11/04; ICD-10 M81.99)

Nach einer Ausbildung als ... sei der Explorand bis 2008 stets in ... beschäftigt gewesen. Diese körperlich leichten Arbeiten seien als die angestammte Tätigkeit anzusehen. Aus gastroenterologischer Sicht beeinflussten der Morbus Crohn und die chronische Diarrhoe die Arbeitsfähigkeit. Der Explorand solle keine schweren Lasten heben. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe eine Arbeits-

resp. Leistungsfähigkeit von 50%, wobei Voraussetzung sei, dass der Explorand die Arbeit jederzeit unterbrechen und eine Toilette aufsuchen könne. Aus infektiologischer Sicht bestehe zum jetzigen Zeitpunkt keine Arbeitsunfähigkeit, der Explorand sei jedoch unter der weiterzuführenden immunsuppressiven Therapie weiterhin stark infekтанfällig. Aus rheumatologischer Sicht sei bei Status nach Spondylodese-Operation L5/S1 und einer allgemeinen Hypermobilität bei asthenischem Körperbau die Arbeitsfähigkeit für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten aufgehoben. Für körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten, ohne länger dauernder Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, ohne ausschliessliche Geh- und Stehbelastung, ohne Arbeiten auf unebenem Grund und ohne regelmässige Tätigkeiten in kniender oder hockender Haltung liege hingegen eine volle Arbeitsfähigkeit vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Ausser den perfektionistischen und selbstunsicheren Persönlichkeitsanteilen könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Auch aus allgemeininternistischer Sicht sei keine weitere Diagnose zu nennen. Insgesamt könne aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit von 50% in der angestammten und in jeder anderen körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit festgestellt werden. Für körperlich mittelschwer bis schwer belastende Tätigkeiten liege eine andauernde Arbeitsunfähigkeit vor (S. 23 f. Ziff. 6.2).

3.2 Zum Verlauf des Gesundheitszustands bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. Juni 2020 (AB 144) ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 29. April 2019 (AB 114) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Morbus Crohn und eine Zwangserkrankung. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er ein Hämorrhoidalleiden, rezidivierende Fissuren und eine Analstriktur sowie rezidivierende ISG-Arthritiden beidseits auf (S. 2 Ziff. 2.5 f.). Seit dem 13. März 2014 sei der Patient zu 100% arbeitsunfähig (S. 1 Ziff. 1.3). Mindestens zwei Mal pro Woche träten heftige abdominale Krämpfe auf, welche den Patienten an das Bett fesselten. Diese Krämpfe dauerten eini-

ge Stunden oder auch über einen Tag. Der Patient habe jeweils Nausea, müsse aber nicht erbrechen und das Abdomen sei stark balloniert. Der Stuhlgang wechsele zwischen Diarrhoe und Obstipation. Im Falle von Diarrhoe bestehe ein imperativer Stuhl drang, teilweise mit Inkontinenz (S. 1 Ziff. 2.2). Das im Jahr 2015 gestoppte Remicade habe drei Jahre später wegen eines Rezidivs wieder eingesetzt werden müssen. Unter dem Remicade sei die Entzündung jeweils unter Kontrolle. Aufgrund von Verwachsungen beständen aber rezidivierende Subileus-Zustände, die nicht therapiert werden könnten (S. 1 Ziff. 2). Erst in den letzten 1 - 2 Jahren habe er, Dr. med. F._____, realisiert, dass der Patient an einer schweren Zwangsstörung leide. Diese Störung verunmögliche ihm ein effizientes Arbeiten. Sämtliche Vorgänge müsse er x-mal kontrollieren. Diesbezüglich könne der behandelnde Psychiater mehr Auskunft geben.

3.2.2 Seit 1993 ist der Beschwerdeführer in psychiatrischer Behandlung und seit dem 21. August 2015 wird er zweiwöchentlich durch Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, betreut (vgl. Bericht vom 21. Mai 2019, AB 117 S. 2 Ziff. 1.1 f. und 2.1). Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellte Dr. med. G._____ eine Zwangsstörung mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (ICD-10 F42.2) fest und erläuterte, der Patient habe Zwangsgedanken (jemand stirbt) und Kontrollzwänge (Zwangshandlungen auf zahlreiche Bereiche ausgedehnt: u.a. Licht löschen, Handbremse bei Auto, Türen abschliessen, Ofen putzen, Rasur u.v.m., S. 3 Ziff. 2.4 f.). Bei Behandlungsbeginn durch den Referenten habe eine ausgeprägte Zwangssymptomatik vorgelegen; im Verlauf habe eine Stabilisierung und ein leichter Rückgang der Zwangssymptomatik erreicht werden können (S. 2 Ziff. 2.1). Der Patient sei schon allein aufgrund seiner Zwangsstörung zu jeder Zeit zu 100% arbeitsunfähig gewesen (S. 2 Ziff. 1.3).

3.2.3 Am 19. Juli 2019 (AB 122 S. 3) führte der RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, aus, in der psychiatrischen Begutachtung im Jahre 2014 seien zwanghaft-perfektionistische und selbstunsichere Persönlichkeitszüge im Rahmen einer Persönlichkeitsakzentuierung festgestellt worden. Es sei betont worden, dass – trotz der zwanghaften Tendenzen – der Versicherte über Jahre in der

Lage gewesen sei, seine Tätigkeit auszuüben. Demgegenüber führe der behandelnde Psychiater aus, seit jeher habe eine ausgeprägte Zwangssymptomatik bestanden. Es seien zwar Hinweise auf Kontrollzwänge und Zwangsgedanken dargestellt worden, eine differenzialdiagnostische Diskussion hinsichtlich des Vorliegens einer Zwangsstörung fände sich jedoch nicht. Insbesondere diskutiere der ambulante Behandler nicht die Abgrenzung zum möglichen Vorliegen einer zwanghaft-perfektionistischen Persönlichkeitsakzentuierung. Es werde auch nicht deutlich, in welchem Ausmass die Zwangssymptomatik zeitlich vorliege (z.B. wie viel Zeit der Versicherte brauche, um die Wohnung zu verlassen), wie der Patient therapiert werde und wie dessen Tagesablauf aussehe. Das Vorliegen einer Zwangsstörung nach ICD-10 F42.2 könne daher nicht nachvollzogen werden. Dr. med. G._____ sei aufzufordern, bezüglich dieser Diskrepanz Stellung zu nehmen und eine differenzierte Verlaufsdarstellung der Zwangssymptomatik seit 2015 darzulegen (S. 3 f.).

3.2.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. I._____, Fachärztin für Urologie und Chirurgie, teilte am 22. Juli 2019 (AB 123 S. 4 ff.) mit, unter Würdigung der Unterlagen sei rein somatisch betrachtet von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen. Dies erkläre sich durch den langjährigen komplikationsbehafteten Verlauf. Bereits seit frühem Erwachsenenalter bestehe eine Dünndarmaffektion und Steroidpflichtigkeit, was jeweils auf eine schlechte Prognose hindeute. Zudem habe der Morbus Crohn den gesamten GI-Trakt von der Mundhöhle bis zum After befallen, mit rezidivierenden Engen. Aufgrund des schweren Verlaufs und Nichtansprechens müsse immer wieder medikamentös umgestellt werden. Neben den extraintestinalen Manifestationen des Morbus Crohn mit ISG-Ankylosierung, therapierefraktärer Gallensäurediarrhoe, sekundärem Laktasemangel, Osteopenie und rezidivierender Eisenmangelanämie ständen Subileus-Zustände im Vordergrund, mit Übelkeit und Bettlägrigkeit wegen der starken Bauchkrämpfe von bis zu 24h Dauer. Nicht weniger relevant seien die gestörte Nahrungszufuhr bei chronischem Kurzdarmsyndrom, anhaltender Substitutionspflichtigkeit bestimmter Mikronährstoffe und die ausgeprägte Stuhlnormregelmässigkeit. Das Zusammentreffen all dieser Faktoren bedinge eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Selbst bei 50%iger Arbeitsfähigkeit für eine ausschliesslich leichte, überwiegend sitzende körperliche

Tätigkeit an fünf Tagen die Woche müsse von einer 30%igen Leistungsminderung aufgrund krankheitsbedingter Absenzen, Schmerzzuständen und Stuhlgangproblemen ausgegangen werden, dies ab dem letzten Entzündungsschub seit Mai 2018 (S. 6).

3.2.5 Mit Verlaufsbericht vom 4. November 2019 (AB 126) bestätigte Dr. med. G._____ seine gestellte Diagnose. Vorliegend handle es sich eindeutig nicht um eine Persönlichkeitsstörung. Der Patient distanzieren sich klar von seinen Zwangshandlungen und den Inhalten seines Zwangsgrübelns. Er erlebe diese eindeutig als ich-dyston. Die Zwangshandlungen beständen seit Kindheit durchgehend und in jedem Lebensbereich. Der Patient habe sich, wie es bei dieser Diagnose typisch sei, immer schon wegen seiner Zwänge geschämt und diese daher gegenüber dem Gutachter und teilweise auch gegenüber dem Vorbehandler nicht direkt erwähnt (S. 2 Ziff. 1 ff.). Durch die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung verzeichne der Patient deutliche Fortschritte, bestehend aus einem deutlich verbesserten (bewussten) Zugang zu seinen Emotionen mit gesteigerten Fähigkeiten, sich in Situationen mit erhöhter Anspannung oder Panik selber zu beruhigen und mehr Durchsetzungsvermögen. Die Zwangssymptomatik habe dadurch noch nicht nachhaltig bzw. stabil reduziert werden können. Betreffend Zwang gebe es, im Unterschied zu vor der Therapie, als die Symptomatik wenig Schwankungen aufgewiesen habe, inzwischen allerdings immer wieder Stunden und Tage, an welchen die Zwangshandlungen deutlich reduziert seien bzw. es dem Patienten gelinge, diese bewusst zu unterlassen (S. 3 Ziff. 7). Gegenwärtig bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 Ziff. 11).

3.2.6 Im psychiatrischen Gutachten vom 19. März 2020 (AB 140.1) diagnostizierte PD Dr. med. E._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Zwangsstörung mit vorwiegenden Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1, S. 21). Diverse Tätigkeiten des alltäglichen Lebens seien von aufwändigen Kontrollzwängen mit massivem Zeitaufwand begleitet. Die Zwänge zeigten hierbei alle typischen Charakteristika einer Zwangsstörung im Sinne der Forschungskriterien des ICD-10. So begreife der Explorand die Zwangsgedanken und auch die Zwangshandlungen als eigene Handlungen, welche er wiederholt ausführen müsse. Dies werde von ihm als sehr

unangenehm und belastend empfunden. Zudem sehe er seine Kontrollen auch als übertrieben und zum Teil als unsinnig an. Eine Unterlassung sei aufgrund der dann auftretenden massiven inneren Anspannung und Angst jedoch nicht möglich. Insgesamt zeige sich eine alle Kriterien typischerweise erfüllende Zwangserkrankung mit Beginn zwischen 1990 und 1995 und der hierfür typischen Ausweitung der Zwänge auf immer mehr Lebensbereiche (S. 20 f. Abschnitt: Zwang). Im Rahmen der vorliegenden psychiatrischen Begutachtung könnten nur die durch die psychiatrische Erkrankung der Zwangsstörung hervorgerufenen krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen und die hierdurch bedingte Arbeitsunfähigkeit beurteilt werden. Zusätzlich bestehe ein Morbus Crohn mit diversen krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen, welche vom psychiatrischen Gutachter nicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit einbezogen werden könnten. Aus gutachterlicher Sicht müsse davon ausgegangen werden, dass zusätzlich zu den Einschränkungen durch den Morbus Crohn die Leistungsfähigkeit im zuletzt angestammten Beruf im ...Bereich mindestens um 50% eingeschränkt sei, wogegen die Zwangserkrankung alleine keine wesentlichen Einflüsse auf die zeitliche Belastungsfähigkeit darstelle. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründe sich hierbei auf den diversen Kontrollzwängen mit konsekutiver erheblicher Verlangsamung der Arbeitsgeschwindigkeit gegenüber einer gesunden Vergleichsperson. Psychiatrisch bestehe somit für die zuletzt innegehabte Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit nur begründet auf die Zwangserkrankung. Die von der somatischen Seite vorhandene Restarbeitsfähigkeit müsse aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht auf der Grundlage der Zwangserkrankung nochmals halbiert werden (S. 26 f. Ziff. 8.1). Betreffend Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit legte PD Dr. med. E. _____ dar, dass dabei von einer 25%igen Leistungsminderung ausgegangen werden müsse, wobei noch die krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen durch den Morbus Crohn und eventuell durch das Rückenleiden hinzukämen. Eine an die Erkrankung optimal angepasste Tätigkeit müsse folgende Charakteristika aufweisen: Der Explorand solle keinerlei eigenständige Arbeit zu verantworten haben, sondern unter ständiger Kontrolle sein. Auch der Arbeitsinhalt solle keine eigene Verantwortung beinhalten, welche entsprechende Zwangskontrollen hervorrufen könnte. Die Arbeit solle möglichst praktischer Art mit vorgegebenen Arbeitsabläufen sein, die von aussen einer ständigen

Kontrolle unterlägen. Weiter müsse eine wohlwollende und eventuell Zwangselemente nicht kritisierende Arbeitsatmosphäre herrschen (S. 27 Ziff. 8.2). Zum Verlauf des Gesundheitszustands erläuterte PD Dr. med. E._____, der Explorand habe bei der psychiatrischen Begutachtung im Jahr 2014 seine Zwangserkrankung verheimlicht. Ein solches Verhalten sei aus psychiatrischer Sicht typisch für eine schwere Zwangserkrankung, da diese den Betroffenen massiv peinlich sei. Somit stelle die psychiatrische Begutachtung aus dem Jahre 2014 keine vollumfängliche Darstellung des damaligen psychiatrischen Gesundheitszustandes dar und eine genaue Rekonstruktion sei aufgrund fehlender detaillierter Informationen nicht möglich. Aus heutiger gutachterlicher Sicht erscheine es jedoch überwiegend wahrscheinlich, dass der damals tatsächliche psychiatrische Gesundheitszustand bereits eine erhebliche Einschränkung durch die Zwangserkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gezeigt habe. Eine eigentliche Rekonstruktion des psychiatrischen Gesundheitszustandes sei erst ab der Diagnosestellung und damit ab Offenlegung der Zwangserkrankung im Rahmen der aktuell bestehenden psychiatrischen Therapie möglich. Im Verhältnis zum psychiatrischen Gesundheitszustand bei der aktuellen Begutachtung erscheine aufgrund der Berichte von Dr. med. G._____ die Zwangserkrankung vor dem Beginn der Behandlung bei ihm noch stärker ausgeprägt gewesen zu sein. Die inzwischen etablierte, regelmässig stattfindende, kombinierte medikamentöse und psychotherapeutische Therapie zeige bereits eine leichte Minderung der Zwangserkrankung. Insofern könne aus gutachterlicher Sicht davon ausgegangen werden, dass der Einschränkungsggrad durch die Zwangserkrankung zum heutigen Begutachtungszeitpunkt entsprechend der leichten Besserung leicht geringer sei als am Beginn der Therapie bei Dr. med. G._____. Mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne davon ausgegangen werden, dass die im aktuellen Gutachten hergeleitete Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens seit 2015 Bestand habe und eventuell damals sogar leicht höher gewesen sei (S. 29 f. Ziff. 8.4).

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).

3.4 Der Bericht der RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ vom 22. Juli 2019 (AB 123 S. 4 ff.) und das psychiatrische Gutachten von PD Dr. med. E. _____ vom 19. März 2020 (AB 140.1) erfüllen die von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts resp. Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt. Die RAD-Ärztin und der Gutachter haben sich in der ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Feststellungen in Kenntnis der Vorakten getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. PD Dr. med. E. _____ stützte sich zudem bei seinen Einschätzungen auf die persönliche Untersuchung vom 9. März 2020 und diskutierte Diskrepanzen zu anderen Arztberichten. Auf den RAD-Arztbericht vom 22. Juli 2019 (AB 123 S. 4 ff.) und das psychiatrische Gutachten vom 19. März 2020 (AB 140.1) ist somit grundsätzlich (vgl. ergänzend E. 3.4.3 hiernach) abzustellen.

3.4.1 Aus den Akten folgt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgebenden Zeitraum (vgl. E. 3 hiavor) wesentlich verändert hat:

Aus somatischer Sicht stellte Dr. med. I. _____ mit Bericht vom 22. Juli 2019 (AB 123 S. 6) ausdrücklich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes fest und begründete dies schlüssig mit dem langjährigen komplikationsbehafteten Verlauf der Morbus Crohn-Erkrankung. Nichts Anderes ist dem Bericht von Dr. med. F. _____ vom 29. April 2019 (AB 114 S. 1 Ziff. 2) zu entnehmen. Weiter führte Dr. med. I. _____ nachvollziehbar und differenziert aus, dass aufgrund krankheitsbedingter Absenzen, Schmerzzuständen und Stuhlgangproblemen seit dem letzten Entzündungsschub im Mai 2018 zusätzlich zu der im MEDAS-Gutachten vom 23. September 2014 (AB 96.1 S. 25 Ziff. 6.8) attestierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50% für die angestammte und jede andere körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit von einer 30%igen Leistungsminde- rung auszugehen ist. Damit ist aus somatischer Sicht ein medizinischer Revisionsgrund ausgewiesen.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. AB 144 S. 2; Beschwerdeantwort S. 2 f. Ziff. 5) liegt ein Revisionsgrund auch aus psychiatrischer Sicht vor. Im Gutachten vom 19. März 2020 (AB 140.1 S. 29 f. Ziff. 8.4) hielt PD Dr. med. E. _____ stringent fest, die psychiatrische Begutachtung aus dem Jahre 2014 basiere nicht auf einer vollumfänglichen Darstellung des damaligen psychiatrischen Gesundheitszustands, da der Explorand seine Zwangskrankheit bei der Begutachtung verheimlicht und auch mit dem damals behandelnden Psychiater nicht darüber gesprochen habe. Eine genaue Rekonstruktion des tatsächlichen Gesundheitszustands zum Zeitpunkt der Verfügung aus dem Jahre 2015 (AB 107) sei mangels detaillierter Informationen nicht möglich. Erst ab der Diagnosestellung resp. ab der Offenlegung der Zwangserkrankung im Rahmen der aktuell bestehenden psychiatrischen Therapie könne der psychiatrische Gesundheitszustand rekonstruiert werden. Im Verhältnis zum psychiatrischen Gesundheitszustand bei der aktuellen Begutachtung erscheine die Zwangserkrankung vor dem Beginn der Behandlung bei Dr. med. G. _____ noch stärker ausgeprägt gewesen zu sein. Die inzwischen etablierte, regelmässig

stattfindende, kombinierte medikamentöse und psychotherapeutische Therapie zeige bereits eine leichte Minderung der Zwangserkrankung. Diese gutachterlichen Ausführungen korrelieren mit den Angaben des behandelnden Psychiaters Dr. med. G._____ in den Berichten vom 21. Mai 2019 (AB 117 S. 2 Ziff. 2.1) sowie vom 4. November 2019 (AB 126 S. 3 Ziff. 7) und überzeugen. Da der Behandlungsbeginn bei Dr. med. G._____ am 21. August 2015 (AB 117 S. 2 Ziff. 1.1) und damit nur kurze Zeit nach der die Dreiviertelsrente bestätigenden Verfügung vom 20. Mai 2015 (AB 107) erfolgte, ist gestützt auf die nachvollziehbaren Angaben des psychiatrischen Gutachters PD Dr. med. E._____ und des behandelnden Psychiaters Dr. med. G._____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass im damaligen Verfügungszeitpunkt die Zwangserkrankung stärker ausgeprägt war und grössere Einschränkungen zur Folge hatte als bei der psychiatrischen Begutachtung im März 2020. Damit ist eine für den Rentenanspruch potentiell relevante Veränderung des Gesundheitszustands auch aus psychiatrischer Sicht gegeben. Der Rentenanspruch ist daher in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig frei zu prüfen (vgl. E. 2.5.2 hiavor). Weiterungen unter dem Aspekt der Wiedererwägung bzw. der Revision, wie in der angefochtenen Verfügung vom 12. Juni 2020 dargelegt (vgl. AB 144 S. 2), erübrigen sich damit.

3.4.2 In somatischer Hinsicht ist gestützt auf die schlüssige Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. I._____ aufgrund der langjährigen komplikationsbehafteten Morbus Crohn-Erkrankung bei einer ausschliesslich leichten, überwiegend sitzenden körperlichen Tätigkeit von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit mit zusätzlicher Leistungsminderung in der Höhe von 30% auszugehen (AB 123 S. 6 und 8).

3.4.3 Aus psychiatrischer Sicht legte PD Dr. med. E._____ in seinem Gutachten vom 19. März 2020 unter Beizug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.) ausführlich und differenziert dar, dass der Beschwerdeführer an einer Zwangsstörung mit vorwiegenden Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1) leidet (AB 140.1 S. 18 ff. Ziff. 6). Diese Beurteilung ist nachvollziehbar und in sich schlüssig. Zudem findet sie Rückhalt in den Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr.

med. G._____ vom 21. Mai 2019 (AB 117 S. 3 Ziff. 2.5) und vom 4. November 2019 (AB 126 S. 2 Ziff. 3). Darauf ist abzustellen.

Weiter ist festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung aus Gründen der Verhältnismässigkeit von einem strukturierten Beweisverfahren (vgl. E. 2.2 hiervor) abgesehen werden kann, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen. Was die Befunde angeht, ist etwa an Störungsbilder wie Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen zu denken, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen. Hier zeigt sich die Beweisproblematik, wenn überhaupt, vor allem bezüglich der funktionellen Auswirkungen. Daher hat auch bei jenen Störungen eine vertiefende Prüfung hinsichtlich des funktionellen Schweregrades und insbesondere der Konsistenz zu erfolgen, wenn Hinweise auf Inkonsistenzen, auf Aggravation oder Simulation bestehen (Urteil des Bundesgerichts [BGer] vom 12. März 2019, 9C_721/2018, E. 3.2; BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 428 f., 139 V 547 E. 7.1.4 S. 562). Im hier zu beurteilenden Fall liegen betreffend die Diagnose der Zwangsstörung übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen des Gutachters PD Dr. med. E._____ und des behandelnden Psychiaters Dr. med. G._____ vor und es bestehen keine Hinweise auf Inkonsistenzen, Aggravation oder Simulation (AB 140.1 S. 24 Ziff. 7.3). Damit ist vorliegend die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens entbehrlich.

Aus rein psychiatrischer Sicht hat PD Dr. med. E._____ aufgrund der Zwangserkrankung für die zuletzt innegehabte Tätigkeit nachvollziehbar eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 140.1 S. 27 Ziff. 8.1) und ging bei einer optimal angepassten Tätigkeit von einer 25%igen Leistungsminderung aus (AB 140.1 S. 27 Ziff. 8.2). Diese Beurteilung vermag isoliert betrachtet zu überzeugen und ist schlüssig, zumal PD Dr. med. E._____ den erheblich erhöhten Zeitbedarf im Zusammenhang

mit den Zwangskontrollen berücksichtigte und sich bei seiner Beurteilung auch auf die Angaben zur früheren Berufstätigkeit unter bereits bestehender Zwangserkrankung stützte (AB 140.1 S. 22 Ziff. 7.1 und S. 27 Ziff. 8.1).

Soweit PD Dr. med. E._____ im Rahmen einer bidisziplinären Gesamtbeurteilung angab, die 50%ige Leistungseinschränkung durch die Zwangserkrankung bestehe zusätzlich zur somatischen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch den Morbus Crohn resp. die von der somatischen Seite vorhandene Restarbeitsfähigkeit müsse aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht auf der Grundlage der Zwangserkrankung nochmals halbiert werden (50%ige Leistungseinschränkung, AB 140.1 S. 27 Ziff. 8.1), überzeugen seine nicht weiter begründeten Ausführungen indessen nicht, sind doch die unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesenen Teilarbeitsunfähigkeiten in der Regel nicht einfach zu addieren, da der Umfang der grössten Teileinschränkung auch die weiteren Entlastungserfordernisse abdeckt (vgl. Urteile des BGer vom 8. Mai 2018, 8C_793/2017, E. 5.3, und vom 29. Dezember 2016, 8C_660/2016, E. 5.3.1 mit Hinweisen). PD Dr. med. E._____ nahm bei seiner Beurteilung keinerlei Bezug auf das Zusammenwirken der Arbeitsunfähigkeit aus somatischer und psychiatrischer Sicht. Dr. med. I._____ führte in der Stellungnahme vom 22. Juli 2019 (AB 123 S. 8) nachvollziehbar aus, dass zusätzlich zur 50%igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der komplexen Grundsituation eine 30%ige Leistungsminderung vorliegt. Ob die von PD Dr. med. E._____ bezifferte Leistungseinschränkung in der RAD-ärztlich festgestellten, somatisch begründeten Einschränkung von 30% enthalten ist oder ob diese zusätzlich anfällt, bleibt demnach unklar. Hinzu kommt, dass PD Dr. med. E._____ im Gutachten mehrmals ausdrücklich darauf hingewiesen hat, dass er im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung nur zu den durch die psychiatrische Erkrankung der Zwangsstörung hervorgerufenen krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen und zur hierdurch bedingten Arbeitsunfähigkeit Stellung nehmen könne und die Funktionseinschränkungen durch den Morbus Crohn bei der psychiatrischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht miteinbezogen worden seien (AB 140.1 S. 24 Ziff. 7.4 und 26 f. Ziff. 8.1 f.). Folglich kann gestützt auf die gutachterlichen Angaben nicht abschliessend beurteilt werden, wie sich die aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit

zur somatisch attestierten Arbeitsunfähigkeit verhält. Diesbezüglich erweist sich der Sachverhalt als klärungs- bzw. ergänzungsbedürftig.

3.4.4 Für eine abschliessende Beurteilung des medizinischen Sachverhalts kann auch nicht unbesehen auf die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. G._____ vom 21. Mai 2019 (AB 117) und vom 4. November 2019 (AB 126 S. 2) abgestellt werden. Soweit dieser generell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, überzeugt diese Einschätzung nicht und findet auch in den übrigen psychiatrischen Berichten keinen Rückhalt (AB 122 S. 3 f., 128 S. 4 f., 140.1 S. 27 Ziff. 8.1). So war der Beschwerdeführer in der Vergangenheit, mithin vor der Behandlung durch Dr. med. G._____, trotz der Zwangserkrankung durchaus in der Lage, eine Arbeitsleistung – zuletzt von 2002 bis 2007 in einem Pensum von 50% – zu erbringen und gab seine Erwerbstätigkeit aufgrund einer Verschlechterung der Morbus Crohn-Erkrankung und nicht aus psychischen Gründen auf (vgl. AB 140.1 S. 22 Ziff. 7.1). Zudem hat – wie auch den Berichten von Dr. med. G._____ zu entnehmen ist (AB 117 S. 2 Ziff. 2.1, 126 S. 3 Ziff. 7) – die inzwischen etablierte, regelmässig stattfindende, kombinierte medikamentöse und psychotherapeutische Therapie bereits eine Minderung der Zwangserkrankung gezeigt. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass im Streitfall rechtsprechungsgemäss eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte kaum je in Frage kommt (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Mai 2020, 9C_188/2020 E. 4.3.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.).

4. Nach dem Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt im Lichte des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 ATSG) als unvollständig abgeklärt. In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 12. Juni 2020 (AB 144) aufzuheben und die Sache ist zur Bestimmung eines konkreten bidisziplinären Zumutbarkeitsprofils an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Von Interesse ist dabei insbesondere die Einschränkung in einer ..., auf welche die Beschwerdegegnerin für den Einkommensvergleich abgestellt hat. Eine neue bidisziplinäre Begutachtung ist hierfür nicht nötig, sondern es genügt, wenn der RAD bzw. idealerweise die mit dem vorliegenden Fall bereits befasste RAD-Ärztin Dr. med. I._____

und der Gutachter PD Dr. med. E. _____ aus somatisch-psychiatrischer Sicht ein solches Zumutbarkeitsprofil definieren. Anschliessend hat die Beschwerdegegnerin über den streitigen Rentenanspruch neu zu verfügen.

Der bisherige Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ist zu Recht unbestritten und auch weiterhin ausgewiesen. Damit erübrigt es sich, dem Beschwerdeführer Gelegenheit zur Stellungnahme und zum allfälligen Rückzug der Beschwerde zu geben (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4 S. 320).

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 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.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertre-

tung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter www.justice.be.ch). Im Falle der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne der Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.4.1 S. 4) wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 130.-- und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 80.-- festgelegt.

In der Kostennote vom 15. September 2020 hat lic. iur. C. _____ von B. _____ einen Aufwand von total Fr. 1'313.-- (10.1 Stunden à Fr. 130.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 52.50 geltend gemacht, was nicht zu beanstanden ist. Zuzüglich der Mehrwertsteuer von Fr. 105.10 (7.7% von Fr. 1'365.50 [Fr. 1'313.-- + Fr. 52.50]) ergibt dies eine Parteientschädigung von Fr. 1'470.60. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 12. Juni 2020 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. 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. 1'470.60 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.