

200 21 332 IV  
JAP/IMD/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 9. August 2021**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. März 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1967 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Juli 2003 unter Hinweis auf ein "schweres psychisches Leiden" erstmals bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Dieses Gesuch wurde von der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit Verfügung vom 21. Oktober 2003 (AB 11) abschlägig beantwortet. Auf ein neues Leistungsgesuch von Januar 2005 (AB 13) trat die IVB mit Verfügung vom 25. Mai 2005 (AB 20) nicht ein. Im Anschluss an eine als Neuanmeldung entgegengenommene Meldung zur Früherfassung vom 15. Mai 2013 (AB 21) verneinte sie mit Verfügung vom 12. Dezember 2013 (AB 37) wiederum einen Anspruch auf IV-Leistungen.

Im Dezember 2019 (AB 38) ersuchte der Versicherte erneut um Zusprache von IV-Leistungen, wobei er angab, unter einer chronischen lymphatischen Leukämie sowie Müdigkeitsanfällen zu leiden. Die IVB tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen, namentlich beauftragte sie Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer Begutachtung des Versicherten (Gutachten vom 25. November 2020 [AB 94.1]). Mit Vorbescheid vom 19. Januar 2021 (AB 97) stellte die IVB die Verneinung eines Leistungsanspruchs mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach dagegen erhobenen Einwänden (AB 100) und diesbezüglichen Stellungnahmen durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 17. und 23. März 2021 (AB 104 f.) verfügte sie am 26. März 2021 (AB 106) wie angekündigt.

### **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 7. Mai 2021 Beschwerde mit dem Antrag auf Zusprache einer Invalidenrente. Gleichzeitig ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Mit Eingabe vom 18. Mai 2021 ergänzte der Beschwerdeführer aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 10. Mai 2021) sein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 4. Juni 2021 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 26. März 2021 (AB 106). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

**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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**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). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu ar-

beiten. Deshalb gilt eine objektivierete Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

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

**2.6** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch 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 rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) 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).

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).

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).

### **3.**

**3.1** Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom Dezember 2019 (AB 38) eingetreten ist und einen Leistungsanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 26. März 2021 (AB 106) materiell geprüft hat. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 12. Dezember 2013 (AB 37) und der Verfügung vom 26. März 2021 (AB 106) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen. Erst wenn dies zu bejahen ist, ist der Rentenanspruch frei zu prüfen (vgl. E. 2.6 hiavor).

**3.2** In der Verfügung vom 12. Dezember 2013 (AB 37) verneinte die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers mit der Begründung, den medizinischen Akten könne kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden entnommen werden; es bestehe keine Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Dieser Einschätzung lagen die Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 28. August 2013 (AB 31) und der Klinik

D.\_\_\_\_\_ (undatiert, Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 24. Oktober 2013 [AB 35]) zu Grunde.

Dr. med. C.\_\_\_\_\_ diagnostizierte einen seit zwanzig Jahren bestehenden schädlichen Substanzkonsum (Heroin, Kokain, Benzodiazepine, Alkohol), aktuell abstinent in beschützender Umgebung, ein intrinsisches Asthma bronchiale und eine replikative Hepatitis C (AB 31 S. 2). Eine Arbeitsunfähigkeit habe er nicht attestiert. Die Arbeit als ... sei aus psychischen Gründen anamnestisch nicht sinnvoll, da der Patient in eine Überforderungshaltung gerate. Die Gefahr eines erneuten anhaltenden Drogenkonsums sei gross. Aus somatischer Sicht sei diese Tätigkeit wegen der flüchtigen Noxen ebenfalls nicht angezeigt. Einer anderweitigen Tätigkeit könne der Patient nach beruflicher Abklärung und Umschulung bei anhaltender Abstinenz aus somatischer Sicht zu 100 % nachgehen; psychisch sei die Belastbarkeit unklar (AB 31 S. 3 f.).

Dem Bericht der Klinik D.\_\_\_\_\_ ist die Diagnose Abhängigkeit von multiplen Substanzen (langjährig, ICD-10: F19.25) zu entnehmen (AB 35 S. 1). Zur Arbeitsfähigkeit könnten keine Angaben gemacht werden. Es bestünden keine geistigen und körperlichen Einschränkungen (AB 35 S. 2).

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 12. Dezember 2013 (AB 37) ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

**3.3.1** Dem Bericht der Klinik E.\_\_\_\_\_ vom 26. Mai 2014 (AB 53 S. 3 ff.) sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen:

1. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogen-Programm (ICD-10: F11.22)
2. Anamnestisch psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, gegenwärtig abstinent in beschützender Umgebung (ICD-10: F14.21)
3. Anamnestisch psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch vor Jahren (ICD-10: F12.1)
4. Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F17.25)
5. Anamnestisch differentialdiagnostisch Symptome einer bipolaren affektiven Störung
6. Anamnestisch Hepatitis C
7. Anamnestisch Asthma bronchiale

Der Patient beschreibe den Konsum von Opioiden als eine Art Selbstbehandlung von depressiven Stimmungszuständen, die häufig bei verschiedenen Belastungen aufträten. Durch die Substitution mit Subutex fühle er sich stimmungsmässig gut, er habe keine relevanten Nebenwirkungen und vor allen Dingen kein Craving. Er wünsche keine medikamentöse Behandlung oder Prophylaxe von möglichen wiederauftauchenden depressiven Stimmungszuständen.

**3.3.2** Gemäss Bericht vom 22. Mai 2018 (AB 66 S. 19) befand sich der Beschwerdeführer vom 24. April bis 21. Mai 2018 in stationärer Behandlung in der Klinik D.\_\_\_\_\_ zum Entzug des Heroinbeikonsums unter Beibehaltung der Subutexsubstitution. Dabei habe es sich um den 17. Aufenthalt in der Klinik gehandelt.

**3.3.3** Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2018 (AB 52 S. 8 ff.) wurden eine chronische lymphatische Leukämie (CLL), eine chronische Hepatitis C, Genotyp 3, eine sistierte Polytoxikomanie aktuell unter Substitution mit Subutex und ein Asthma bronchiale diagnostiziert. Bezüglich der CLL bestehe aktuell keine Therapieindikation. Bei akuter Suizidgefahr sei eine Zuweisung in die Psychiatrie zur Krisenintervention erfolgt.

**3.3.4** Am 15. Februar 2019 (AB 66 S. 15 ff.) berichteten die psychiatrischen Dienste G.\_\_\_\_\_ über einen vom 25. Oktober 2018 bis 12. Februar 2019 dauernden stationären Aufenthalt. Es wurden die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an Substitutionsprogramm, festgehalten. Der Patient sei aus dem Spital F.\_\_\_\_\_ zur Beurteilung bei Suizidalität überwiesen worden. Bei Eintritt habe ein depressives Zustandsbild mit gedrückter Stimmung, Schlafstörungen und starken Insuffizienzgefühlen bestanden. Unter psychotherapeutischer Behandlung sowie Teilnahme am therapeutischen Stationsprogramm mit verschiedenen Gruppenaktivitäten sei es zu einer deutlichen Verbesserung der depressiven Symptome gekommen. Der Austritt sei in gebessertem Zustand bei fehlendem Anhalt für akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung erfolgt.

**3.3.5** Aus dem Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ Bern vom 29. April 2019 (AB 52 S. 2 ff.) betreffend Verlaufskontrolle vom 22. Januar 2019 geht hervor, dass keine auf eine Progression der CLL verdächtigen Symptome bestünden. Erneut sei der Patient psychiatrisch hospitalisiert, dies im Rahmen einer depressiven Reaktion, möglicherweise getriggert durch die neue Diagnose der chronischen Leukämie. Nach wie vor bestehe diesbezüglich keine Therapieindikation.

**3.3.6** Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste G. \_\_\_\_\_ vom 31. Dezember 2019 (AB 66 S. 11 ff.) betreffend stationärer Behandlung vom 29. November bis zum 20. Dezember 2019 wurden die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und psychische und Verhaltensstörungen durch Opioid: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an Substitutionsprogramm, festgehalten. Die Zuweisung zur stationären Behandlung sei auf freiwilliger Basis bei erneut depressiver Stimmungslage erfolgt. Bei Eintritt habe der Patient ein depressives Zustandsbild mit gedrückter Stimmung, reduziertem Antrieb sowie Ein- und Durchschlafstörungen gezeigt. Er habe sich zu jeder Zeit von Suizidgedanken und Suizidplänen distanzieren können. Im Verlauf des Aufenthalts hätten sich Stimmung und Antrieb zusehends gebessert. Die Entlassung aus der stationären Behandlung sei in gebesserem Zustand, bei fehlenden Hinweisen auf akute Selbst- und Fremdgefährdung, erfolgt.

**3.3.7** Die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Hämatologie, hielt im Bericht vom 15. Juli 2020 (AB 71) zusammenfassend fest, aus somatischer Sicht fänden sich keine Diagnosen, welche mit einer Einschränkung der Arbeits- oder Leistungsfähigkeit in einem adaptierten Leistungsprofil einhergehen würden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zu 2013 sei nicht ausgewiesen. Die neu diagnostizierte CLL sei aktuell asymptomatisch und habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zumutbar seien körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung. Zu vermeiden seien Tätigkeiten in Kälte/Nässe, unter starken Temperaturschwankungen, mit gestörtem Tag-/Nachtrhythmus, mit atmosphärischem Über-/Unterdruck und mit

überdurchschnittlicher Verletzungsgefahr. Zudem sei die Exposition gegenüber Dämpfen, Stäuben, Rauch und Gasen zu vermeiden. Zu vermeiden seien zudem Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit mit einer möglichen Eigen- oder Fremdgefährdung.

**3.3.8** Am 14. September 2020 (AB 90) berichtete med. pract. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, über einen seit März 2020 verschlechterten Gesundheitszustand. Er diagnostizierte u.a. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), und Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10: F19.22). Der Beschwerdeführer wirke sehr müde und erschöpft. Die Stimmung sei seit langer Zeit gedrückt bis sehr gedrückt, er zeige grosse Antriebsprobleme, einen teilweisen Interessensverlust und Freudlosigkeit. Er habe in den vergangenen zwei Jahren mehrere Klinikaufenthalte in der Psychiatrie gehabt. Der Beschwerdeführer verfüge über eine kurze Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspanne. Er kämpfe mit Gefühlen von Wertlosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien vermindert. Die Zukunftsperspektiven seien negativ und weitgehend sehr pessimistisch. Er beschreibe eine Todessehnsucht, aktive Suizidgedanken verneine er. Der Beschwerdeführer komme derzeit ca. einmal pro Monat zur Behandlung. Eine Erwerbstätigkeit sei weder zumutbar noch möglich.

**3.3.9** Dr. med. B.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Gutachten vom 25. November 2020 (AB 94.1) eine Polytoxikomanie (ICD-10: F19), aktueller Substanzkonsum, eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33), aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar, sowie internistische Diagnosen (Hepatitis, CLL [S. 16]). Bei der Polytoxikomanie handle es sich um eine "lifetime diagnosis" einer primär psychischen Störung. Diese wäre in der versicherungspsychiatrischen Betrachtung bei erneuter optimierter Behandlung und eingehaltener Abstinenz durchaus mit Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretischer Art zu verbinden. So wie der Versicherte nach der Lehre als .... in seinem Leben Tätigkeiten im Bereich ..., ..., ... und zuletzt

über drei Jahre die Tätigkeit als ... erbracht habe, wäre ihm auch weiterhin eine irgendwie geartete Tätigkeit zumutbar. Es habe sich keine Verschlechterung der zugrundeliegenden psychiatrischen Erkrankung ergeben und es sei auch keine Komorbidität zu psychischen Störungen, etwa einer affektiven Erkrankung (ICD-10: F3) oder einer anderen gemäss ICD-10 zu kodierenden Störung, geltend zu machen. Im Rahmen der Grunderkrankung Abhängigkeitsstörung seien sowohl affektive Symptomatik, die teilweise durchaus den Ausprägungsgrad depressiver Syndrome affektiver Störungen annehmen könne, sowie Persönlichkeitsakzentuierungen und – sogar im Regelfall – Verhaltensauffälligkeiten zu subsummieren. Eine Betrachtungsweise, nun etwa eine affektive Störung (ICD-10: F3) zu benennen und eine Persönlichkeitsstörung zu kodieren, und dafür die Abhängigkeitsstörung hintanzustellen und als abstinent zu bezeichnen (was effektiv nicht stimme), werde explizit nicht nachvollzogen. Ausserdem erleide der Versicherte aktuell objektiv kein depressives Syndrom von Krankheitswert. Eine Tätigkeit wie zuletzt ausgeübt wäre dem Versicherten bei Abstinenz von zusätzlich zum Substitutionsprogramm eingenommenen psychotropen Substanzen zumutbar. Durch Abstinenz würde sich die Arbeitsfähigkeit stabilisieren, diese werde auch bereits aktuell rein medizinisch-theoretisch gesehen.

In der E-Mail vom 23. Dezember 2020 (AB 96) führte der Gutachter auf Anfrage der Beschwerdegegnerin (AB 95) hin aus, in der bisherigen Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Die diagnostizierte Polytoxikomanie (ICD-10: F19) habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Dies sei die psychiatrische Sicht unter Ausserachtlassung möglicher somatischer Aspekte durch Hepatitis und die CLL.

**3.3.10** Dem Austrittsbericht der Klinik J. \_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2021 (AB 100 S. 2 ff.) betreffend Hospitalisation vom 25. November 2020 bis 6. Januar 2021 ist zu entnehmen, dass der Patient bei rezidivierender depressiver Störung zugewiesen worden sei. Eine Suchtproblematik sei seit etwa zwanzig Jahren bekannt, allerdings bis 2018 in einem Substitutionsprogramm kontrolliert gewesen. Seit der Diagnose einer CLL erlebe der Patient eine existenzielle Krise, welche nach einer initialen Phase mit täglichen Suizidvorstellungen und daraus resultierender Hospitalisation in den

psychiatrischen Diensten G.\_\_\_\_\_ 2019 eine anhaltende depressive Stimmungslage und wiederholte Rückfälle von Substanzkonsum zur Folge gehabt habe.

**3.3.11** K.\_\_\_\_\_, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, diagnostizierte im Bericht vom 8. Februar 2020 (richtig wohl: 2021 [AB 100 S. 6 f.]) u.a. eine rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1) sowie Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10: F19.22). Beim Patienten stehe die Sucht seit längerem nicht mehr im Vordergrund, auch wenn er in depressiven Krisen einen vermehrten Suchtdruck verspüre. Seit der Diagnose einer CLL liege der Fokus auf der Depression und der deutlich verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit und Müdigkeit. Eine Erwerbstätigkeit sei weder möglich noch zumutbar.

**3.3.12** Der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 17. März 2021 (AB 104) aus, es könne weiterhin auf das versicherungspsychiatrische Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 25. November 2020 abgestellt werden. Die nachfolgenden Berichte der Klinik J.\_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2021 und der ambulant behandelnden Psychologin vom 8. Februar 2021 bedingten keine Änderung der gutachterlichen Beurteilung. Möglicherweise sei es nach der Begutachtung zu einer vorübergehenden Verschlechterung im Sinne einer depressiven Symptomatik gekommen, wie sie bereits in der Vergangenheit mehrmals beschrieben worden sei. Es sei jedoch davon auszugehen, dass es im Verlauf der stationären Behandlung in der Klinik J.\_\_\_\_\_ wieder zu einer Remission oder zumindest einer weitgehenden Remission gekommen sei.

**3.3.13** Im Bericht vom 23. März 2021 (AB 105) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ fest, sowohl die CLL als auch die behandelte Hepatitis C seien als Ursache der Müdigkeitsanfälle sowie der weiteren Beschwerden Ermüdbarkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen praktisch vollständig ausgeschlossen. An der bisherigen Beurteilung und dem früher

formulierten Zumutbarkeitsprofil könne festgehalten werden. Es lägen keine neuen Diagnosen oder Befunde vor, welche die Arbeitsfähigkeit in einem höheren Mass beeinträchtigen würden.

**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 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).

**3.5** 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

**3.6** Was die körperlichen Beschwerden betrifft, stützte sich die Beschwerdegegenerin in der Verfügung vom 26. März 2021 (AB 106) auf die

Berichte der RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 15. Juli 2020 (AB 71) und vom 23. März 2021 (AB 105) sowie auf das von ihr definierte Zumutbarkeitsprofil. Gemäss deren überzeugenden und mit der medizinischen Aktenlage korrelierenden Schlussfolgerungen liegt in somatischer Hinsicht kein versicherungsmedizinisch relevanter Gesundheitsschaden vor. So besteht insbesondere bezüglich der CLL bei fehlenden klinischen Symptomen keine Therapieindikation (AB 52 S. 9, 66 S. 3 Ziff. 2.1); Symptome für eine Progression der Erkrankung sowie eine Asthenie, eine Leistungsintoleranz oder eine symptomatische Splenomegalie wurden explizit negiert (AB 52 S. 3). Die seit Jahren bestehende chronische Hepatitis C konnte mit einer achtwöchigen Antiinfektivum-Therapie erfolgreich medikamentös angegangen werden (AB 60 S. 3 f., 6, 9). Auf die Einschätzung der Psychotherapeutin K. \_\_\_\_\_, wonach im Zusammenhang mit der CLL körperliche Leistungseinbussen vorlägen (AB 100 S. 6), kann von vornherein nicht abgestellt werden. Einerseits verfügt sie als Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin nicht über eine fachärztliche Ausbildung, andererseits unterlässt sie es, ihre Einschätzung mit objektiven Befunden zu untermauern. Soweit sie die vom Beschwerdeführer beschriebenen Zustände sowie "gravierende körperliche Leistungseinbussen" als symptomatisch für eine CLL erachtet, stellt dies einen Widerspruch zur Beurteilung der behandelnden (Fach-)Ärzte dar, worauf die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ korrekterweise hingewiesen hat (AB 105 S. 6). Darüber hinaus scheint auch der Beschwerdeführer anzuerkennen, dass weder die CLL noch die Hepatitis C Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat, sieht er sich doch allein aufgrund von psychischen Beschwerden ausser Stande, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Beschwerde S. 2). Es steht damit auch fest, dass in der nach der Referenzverfügung vom 12. Dezember 2013 (AB 37; vgl. E. 3.1 hiervor) im Oktober 2018 erstdiagnostizierten CLL mangels Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung zu erblicken ist (vgl. BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3).

**3.7** In psychischer Hinsicht stellte die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 25. November 2020 (AB 94.1) ab. Dieses erfüllt die vorerwähnten (vgl. E. 3.5) höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt bezüglich der darin gestellten Diagnosen und

Befunde vollen Beweis. Der Experte hat sich in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen gestützt auf eine eigene Untersuchung vom 14. Oktober 2020 (AB 94 S. 3 Ziff. 1.1) getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nachvollziehbar begründet.

**3.7.1** Was zunächst die als ungenügend gerügte Dauer der Exploration betrifft, welche vom Beschwerdeführer mit eineinhalb Stunden (Beschwerde S. 1) und vom Gutachter mit einer Stunde und vierzig Minuten (09:10 Uhr bis 10:50 Uhr [AB 94.1 S. 3]) angegeben wird, ist darauf hinzuweisen, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Wie hoch dieser im Einzelfall zu veranschlagen ist, unterliegt letztlich aber der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten (SVR 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3, 2016 IV Nr. 35 S. 110 E. 3.2.2). Das Gutachten erweist sich – wie vorstehend dargelegt – als vollständig und schlüssig. Es bestehen keine Anzeichen dafür, dass der zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie nicht angemessen gewesen wäre.

**3.7.2** Wie es sich damit verhält, dass der Gutachter die Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin vom 21. Dezember 2020 (AB 95) lediglich per E-Mail vom 23. Dezember 2020 (AB 96) ohne elektronische Signatur beantwortete, womit es an einer unterschriftlichen Bestätigung des Sachverständigen fehlt (vgl. dazu etwa Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 18. Oktober 2018, 9C\_424/2018, E. 3.3.6), kann offen bleiben. Die sich auf die Auswirkung der Polytoxikomanie auf die Arbeitsfähigkeit beziehenden Ergänzungsfragen waren hinsichtlich des hier zu beurteilenden Beweisthemas einer revisionsrechtlich relevanten Gesundheitsverschlechterung obsolet, erklärte der Gutachter doch bereits in der Expertise vom 25. November 2020 nachvollziehbar (vgl. dazu sogleich E. 3.7.3), dass sich

im zeitlichen Verlauf keine veränderte Einschätzung der psychiatrischen Erkrankung oder des psychischen Gesundheitszustandes ergab (AB 94.1 S. 18 f. Ziff. 7.2). Bei dieser Ausgangslage ist nicht entscheidend, ob die Polytoxikomanie von vornherein keine Arbeitsunfähigkeit bewirkt (vgl. zur Invalidität bei Suchtkrankheiten: BGE 145 V 215) bzw. die von ihm postulierte uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit nur bei optimierter Behandlung und eingehaltener Abstinenz gilt (vgl. AB 94.1 S. 17 Ziff. 7.1, S. 20 Ziff. 8.4 Lemma 2), womit der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit einer Leistungszusprache zur Schadenminderung aufgefordert werden müsste (vgl. Art. 7 Abs. 1 und 2 lit. d IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG; SVR 2020 IV Nr. 11 S. 42 E. 4.2.2). Bereits im Rahmen der leistungsabweisenden und hier als Referenz dienenden Verfügung vom 12. Dezember 2013 (AB 37) stand die seitens der Beschwerdegegnerin angenommene Arbeitsfähigkeit von 100 % unter dem Vorbehalt einer anhaltenden Abstinenz (AB 31 S. 4 Ziff. 1.7). Wenn die Ergänzung von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ (AB 96) dahingehend zu interpretieren wäre, dass trotz aktivem Konsumverhalten (AB 94.1 S. 15 Ziff. 3.2 am Ende) medizinisch-theoretisch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestünde, wäre darin keine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsveränderung zu erblicken.

**3.7.3** Eine von der Suchterkrankung losgelöste affektive Störung, welche zwischen Oktober 2018 (Zeitpunkt der ersten Hospitalisation in den psychiatrischen Diensten G. \_\_\_\_\_ [AB 66 S. 15 ff.]) bis Dezember 2019 (letzte Hospitalisation in den psychiatrischen Diensten G. \_\_\_\_\_ [AB 66 S. 11 ff.]) durchgehend zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt haben soll (AB 38 S. 4 Ziff. 4.3, 66 S. 9 f., 71 S. 8), ist gemäss überzeugender gutachterlicher Beurteilung nicht nachvollziehbar. Vielmehr ist die affektive Symptomatik Ausdruck der Grunderkrankung und unter diese zu subsumieren (AB 94.1 S. 17 f. Ziff. 7.1). Für diese Einschätzung spricht, dass der Beschwerdeführer vorgängig zur ersten Hospitalisation in den psychiatrischen Diensten G. \_\_\_\_\_ ab dem 25. Oktober 2018 im Anschluss an die Diagnosestellung der CLL nach zuletzt jahrelanger stabiler Situation unter Substitution mit Subutex wieder mit Beikonsum von Benzodiazepinen sowie Heroin nasal begonnen hat (AB 66 S. 15 f.). Für den Zeitraum der Behandlung in den psychiatrischen Diensten G. \_\_\_\_\_ wurde über mehrere Rückfälle des Heroinkonsums aufgrund psychosozialer Belastung mit

damit verbundener Verschlechterung der Stimmung berichtet (AB 66 S.17). Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht vom 13. Januar 2021 betreffend stationärer Behandlung in der Klinik J. \_\_\_\_\_ vom 25. November 2020 bis 6. Januar 2021 (AB 100 S. 2 ff.), in welchem u.a. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2), diagnostiziert und auf wiederholte Rückfälle von Substanzkonsum hingewiesen wurde. Wie der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ in der einleuchtenden Aktenbeurteilung vom 17. März 2021 (AB 104) festhielt, lässt sich diese Diagnose aufgrund der Angaben im Psychostatus bei Eintritt unter Beachtung der Diagnosekriterien gemäss ICD-10 nicht ausreichend herleiten.

**3.7.4** Gestützt auf das Gutachten des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 25. November 2020 (AB 94.1) hat damit als erstellt zu gelten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgeblichen Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) nicht in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise verändert hat und die von ihm geklagten Beschwerden weiterhin im Zusammenhang mit der seit fast dreissig Jahren bestehenden Polytoxikomanie stehen. Damit erübrigt sich auch die geforderte Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens (Beschwerde S. 1; vgl. dazu Entscheid des BGer vom 7. Juni 2021, 9C\_132/2020 [zur Publikation vorgesehen], E. 6).

**3.8** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 26. März 2021 (AB 106) im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 111 Abs. 1 VRPG).

Die Prozessarmut ist ausgewiesen (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4). Da der Prozess nicht zum vornherein als aussichtslos erschien, sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts

auf unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten erfüllt. Das entsprechende Gesuch ist somit gutzuheissen.

**4.2** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Vorliegend werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege ist er – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht zu befreien (Art. 113 VRPG).

**4.3** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird er – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):

- A. \_\_\_\_\_
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,  
3001 Bern

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.