

200 13 64 IV  
KNB/ZID/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 29. Oktober 2014**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiber Zimmermann

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



gegen

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

betreffend Verfügungen vom 11. Dezember 2012

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1951 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bis 1992 selbstständigerwerbender ... und danach in einem Anstellungsverhältnis als ... bzw. zuletzt krankheitsbedingt (vgl. nachfolgend) als ... in der ... tätig, ehe dieses Arbeitsverhältnis per 31. Juli 2012 gekündigt wurde (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 3, 11, 91/3, 115).

Auf entsprechendes Gesuch hin (AB 1) verfügte die IVB am 9. Oktober 2003 wegen eines diabetischen Fusses die Kostenübernahme für orthopädische Serienschuhe (AB 3).

Im Februar 2009 meldete sich der Versicherte unter Verweis auf unfallbedingte Beeinträchtigungen der rechten Schulter und eine am 28. Dezember 2008 durchgeführte Herzoperation mit vier Bypässen zum Leistungsbezug an (AB 5). Die IVB holte einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK; AB 11), Berichte der behandelnden Ärzte (AB 13, 15 ff., 19, 21, 24 f.) sowie einen Fragebogen Arbeitgeber (AB 18) ein und gewährte Frühinterventionsmassnahmen in Form von Eingliederungsberatung (AB 10, 22, 27); in deren Rahmen übernahm sie die Kosten (anteilmässig) für die Anpassung des Arbeitsplatzes und den Besuch diverser (EDV-)Kurse (AB 28). Nach einer Augenoperation und dem damit verbundenen Abbruch der Kursbesuche (AB 29) veranlasste die IVB nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen (AB 30 f., 35, 38 ff., 43, 51 ff., 68) und auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 32, 42) eine Arbeitsmarktliche Medizinische Abklärung (AMA) in der ... vom 8. August bis 9. September 2011 (Abklärungsbericht AMA vom 18. Oktober 2011; AB 91). Am 5. Dezember 2011 wies sie das Leistungsbegehren bezüglich beruflicher Massnahmen ab (AB 94).

**B.**

Nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen (AB 95, 97 ff., 103, 110 ff., 116 f., 121 ff.), Berichten des RAD (AB 100, 114, 118), einem Fragebogen Arbeitgeber (AB 115) und IK-Auszügen (AB 123) teilte die IVB dem Versicherten am 16. August 2012 den Abschluss der beruflichen Massnahmen mit (AB 124) und stellte mit Vorbescheid vom 21. August 2012 eine halbe Rente vom 1. Oktober 2009 bis 31. Mai 2010, eine ganze Rente vom 1. Juni 2010 bis 31. Dezember 2011 und wiederum eine halbe Rente vom 1. Januar bis 31. August 2012 in Aussicht (AB 125). Mit Eingabe vom 22. August 2012 (AB 128) und Einwänden vom 20. September 2012 (AB 132) machte der Versicherte geltend, seine Arbeitsleistung sei aufgrund der multiplen Beschwerden und entgegen dem Abklärungsbericht AMA vom 18. Oktober 2011 (AB 91) massiv eingeschränkt, weshalb ihm bei ganzheitlicher Betrachtung – allenfalls gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten – weiterhin eine seinem Invaliditätsgrad entsprechende Rente auszurichten sei. Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD (AB 134) verfügte die IVB wie im Vorbescheid (AB 125) in Aussicht gestellt (Verfügungen vom 11. Dezember 2012; AB 139).

**C.**

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B.\_\_\_\_\_, am 25. Januar 2013 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügungen sei der Invaliditätsgrad für die Zeit ab dem 11. September 2011 (vgl. AB 139/8 oben) neu zu bestimmen und es seien die sich daraus ergebenden Renten (ab 1. Januar 2012 eine Dreiviertelrente und ab 1. September 2012 zumindest eine halbe, allenfalls sogar eine Dreiviertelrente) neu festzusetzen, eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und zur Neufestsetzung des Invaliditätsgrades an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. März 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Mit Schreiben vom 14. August 2014 machte der Instruktionsrichter den Beschwerdeführer auf eine mögliche Schlechterstellung (*reformatio in peius*) im Falle der Aufhebung der angefochtenen Verfügungen und der Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung und neuer Entscheidung aufmerksam, weshalb er ihm Gelegenheit zum Rückzug der Beschwerde gab. Am 18. August 2014 teilte der Beschwerdeführer mit, an der Beschwerde festzuhalten.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bilden die Verfügungen vom 11. Dezember 2012 (AB 139), mit welchen die Beschwerdegegnerin rückwirkend abgestufte und befristete Renten zugesprochen hat. Streitig ist der Anspruch auf eine

Invalidenrente. Rechtsprechungsgemäss ist die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413 E. 2d S. 418). Wegen der damit verbundenen Möglichkeit, dass die zugesprochenen abgestuften Renten gemäss den angefochtenen Verfügungen im Falle derer Aufhebung und Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung und neuer Entscheidung nicht (vollumfänglich) bestätigt würden, hat der Instruktionsrichter dem Beschwerdeführer unter Hinweis auf BGE 137 V 314 die Möglichkeit zum Rückzug der Beschwerde gegeben, wovon dieser mit Schreiben vom 18. August 2014 keinen Gebrauch gemacht hat.

**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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, 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 bezüg-

lich 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.5** Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

**2.5.1** 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132).

**2.5.2** Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

**2.5.3** Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 16. Juni 2009, 8C\_87/2009, E. 2.2).

### **3.**

**3.1** Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.1.1** Seit 1978 ist ein Diabetes mellitus Typ 1 unter konstanter Insulintherapie diagnostiziert, welcher (unter anderem) einen diabetischen Fuss Grad II a bei peripherer Polyneuropathie und eine proliferative Retinopathie verursachte (AB 17/56 ff., 31/17 f., 106). Eine lebenslange Insulintherapie sei unerlässlich zur Vermeidung der akuten diabetischen potenziell bedrohlichen Komplikationen und von diabetischen Sekundärkomplikationen (AB 106/2 lit. D Ziff. 7).

**3.1.2** Nach einem Sturz im November 2002 mit anschliessender Selbstmedikation und -therapie wurde in der Folge eine komplette Subscapularisläsion an der linken adominanten Schulter diagnostiziert (Sprechstundenberichte Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH des Spitals K.\_\_\_\_\_, vom 20. August und 19. November 2003; AB 15/5 f.), weshalb am 30. September 2003 eine offene ventrale Acromioplastik und transossäre Subscapularisreinsertion durchgeführt wurden (Operationsbericht Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 30. September 2003; AB 15/12). Aufgrund dessen war der Beschwerdeführer ab 29. September 2003 zu 100%, ab 1. März 2004 zu 50% und vom 1. Mai bis 31. Juli 2004 zu 25% arbeitsunfähig (AB 15/1 lit. B).

**3.1.3** Nach einem Sturz auf den rechten Arm am 23. August 2007 (AB 13/14) wurden zunächst eine operative Neurolyse und submuskuläre Vorverlagerung des Nervus ulnaris (Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie FMH, vom 9. November 2007 [AB 13/9] und 18. Januar 2008 [AB 13/7]) und alsdann am 2. Oktober 2008 im Rahmen einer Schulterarthroskopie rechts eine arthroskopische Tenodese der langen Bizepssehne, eine Subscapularis- und Supraspinatussehnenrekonstruktion, eine Acromioplastik und eine laterale Clavicularesektion durchgeführt (Operationsbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2008;

AB 13/25 f.). Deswegen wurde dem Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% und ab 1. April 2009 eine solche von 50% attestiert; ab 1. Mai 2009 wurde er von Seiten der Schulter wieder als voll arbeitsfähig angesehen für repetitive Arbeiten unter Horizontalniveau mit leichten Gewichten (AB 25/1 ff.).

**3.1.4** Wegen Dyspnoe und retrosternalen Schmerzen bei bekannter hypertensiver und koronarer Herzkrankheit wurde am 29. Dezember 2008 in der Klinik L. \_\_\_\_\_ eine vierfache Myokardrevaskularisation mit anschliessender umfassender kardialer Rehabilitation in der Klinik O. \_\_\_\_\_ durchgeführt (AB 17/7 ff, 17/19 ff.); dies hatte eine Arbeitsunfähigkeit vom 28. Dezember 2008 bis 14. Februar 2009 zur Folge (AB 19/1). Während der Rehabilitation (AB 17/7) und auch in der Folge (AB 17/5 f.) traten bei Ortho- und Anstrengungsdyspnoe Pleuraergüsse auf, die punktiert werden mussten. Unter Berücksichtigung dessen ging der Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, im Bericht vom 18. März 2009 (AB 17/1 ff.) von einer auf mindestens 50% reduzierten Arbeitsfähigkeit bei wahrscheinlich normalem Arbeitstempo aus und beschränkte das Heben von Gewichten auf 15 kg (AB 17/2 lit. D Ziff. 2 f.), dies bei jedoch schlechter Prognose wegen des Diabetes mellitus und der limitierten Herzleistung (AB 17/4 lit. E Ziff. 9). Wegen rezidivierendem Pleuraerguss und Sternuminstabilität nach Stürzen führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH der Klinik L. \_\_\_\_\_, im April 2009 eine Pleuradrainage und eine Sternumrefixation durch (AB 21). Im Verlaufsbericht vom 16. Juni 2009 (AB 24) ging der Hausarzt von einem gebesserten Gesundheitszustand (ohne geistige und psychische Einschränkungen) und einer Arbeitswiederaufnahme zu 50% ohne Heben von Gewichten über 15 kg ab Mitte Juni 2009 aus. Indessen erreichte der Beschwerdeführer nach Ansicht seiner Arbeitgeberin nicht mehr die volle Leistungsfähigkeit (AB 29). Entsprechend attestierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, mit Bericht vom 20. Mai 2010 (AB 31/3 ff.) aus kardiologischer Sicht eine leicht eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Im Februar 2011 zog eine schmerzhafte epigastrische Hernie einen operativen Eingriff nach sich; von Seiten des Herzens wurde der Beschwerdeführer als unauffällig bzw. leistungsfähig empfunden, doch habe er sich über zunehmende leichte neuropsychologische

Defizite, insbesondere eine zunehmende Verlangsamung der Denkvorgänge und zunehmende Gedächtnisstörungen beklagt (AB 51/7 ff.). Im Bericht vom 3. März 2011 (AB 51/2 ff.) empfahl Dr. med. F. \_\_\_\_\_ eine Abklärung allfälliger neuropsychologischer Defizite. Gemäss der kardiologischen Verlaufskontrolle vom 16. Mai 2011 sei der Beschwerdeführer aus kardialer Sicht weiterhin oligosymptomatisch; im Vordergrund stehe ein störender persistierender chronischer Reizhusten mit Schmerzen im Sternalbereich beim Husten. Die ...-tätigkeit im Umfang von 50% ohne körperliche Belastungen sei vertretbar; aus kardialer Sicht bestehe eine verminderte Gesamtleistung (Bericht Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 17. Mai 2011; AB 68).

**3.1.5** Als Spätfolge des Diabetes mellitus trat eine proliferative Retinopathie mit massiven Membranen und aktiven Neovaskularisationen und einem deutlichen Cataracta provecta links ein, weshalb am 3. März 2010 im Spital M. \_\_\_\_\_ eine Katharaktoperation mit gleichzeitiger Laserung und Öleinlagerung durchgeführt wurde (AB 31/11 ff.). Infolgedessen war der Beschwerdeführer ab 1. März 2010 voll arbeitsunfähig (AB 38/1); im Einverständnis mit dem Hausarzt durfte er Arbeiten zu therapeutischen Zwecken erledigen (AB 30/1 unten). Wegen zwischenzeitlich aufgetretener Visusstörungen und mangels Binokularsehen attestierte das Spital M. \_\_\_\_\_ in den Berichten vom 11. Oktober 2010 (AB 40/2 ff.), 30. November 2010 (AB 43) und 23. März 2011 (AB 53) eine – nicht nur ophthalmologisch begründete (wegen der eingeschränkten Sehschärfe links und dem dadurch resultierenden verminderten Binokularsehen), sondern vor allem durch die Herzsituation postoperativ bedingte – verminderte Leistungsfähigkeit. Am 17. Februar 2011 sei eine Kapsulotomie bei Nachstar erfolgt, weshalb mit einer Visusverbesserung gerechnet werden könne. Eine weitere Operation erfolgte am 29. Juni 2011 (AB 95/3).

**3.1.6** Nach Meinung der RAD-Ärztin med. pract. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, im Bericht vom 16. November 2010 (AB 42/3 f.) würden der Status nach der Schulterarthroskopie rechts am 2. Oktober 2008 (vgl. E. 3.1.3 hiavor), der Status nach offener ventraler Acromioplastik und transossärer Subscapularisreinsertion der linken Schulter am 30. September 2003 (vgl. E. 3.1.2 hiavor) sowie der Status

nach der Kataraktoperation, Laserung und Öleinlagerung links am 3. März 2010 (vgl. E. 3.1.5 hiervor) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen, nicht (mehr) aber (unter anderem) der Diabetes mellitus Typ 1 (vgl. E. 3.1.1 hiervor) und die hypertensive und koronare Herzkrankheit (vgl. E. 3.1.4 hiervor). Das endgültige Zumutbarkeitsprofil müsse durch eine AMA erfasst werden.

**3.1.7** Nachdem bereits Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nach der Pleuradrainage und der Sternumrefixation im April 2009 (vgl. E. 3.1.4 hiervor) eine zunehmende depressive Verstimmung festgestellt hatte, weshalb eine antidepressive Behandlung begonnen worden sei (AB 21/2 f.; vgl. auch AB 51/8), und der Hausarzt im September 2010 auf eine "gewisse depressive Komponente" hinwies (AB 38/1), liess der Beschwerdeführer am 28. September 2011 mitteilen, dass er aktuell in psychotherapeutischer Behandlung sei (AB 89).

**3.1.8** Gemäss Abklärungsbericht AMA vom 18. Oktober 2011 (AB 91) habe der Beschwerdeführer im Eintrittsgespräch angegeben, sich gesund zu fühlen und eigentlich in der Lage zu sein, ein volles Pensum im Bereich ... zu absolvieren. Diesbezüglich fühle er sich von seiner Arbeitgeberin unverstanden. Trotz anfänglicher Skepsis habe er sich auf die Abklärung eingelassen und sich auch offen und interessiert für Neues gezeigt. Im Verlauf sei immer wieder aufgefallen, dass seine körperliche Verfassung ihm Grenzen setze (regelmässige Blutzuckermessungen, Müdigkeit mit Auswirkungen auf die Konzentrationsfähigkeit und Flüchtigkeitsfehler, Ruhepausen). Seine Konzentrationsfähigkeit müsse als eingeschränkt bezeichnet werden. Die Resultate seien stark schwankend (AB 91/5). Seine Motivation sei in den ersten Wochen immer wieder eingeschränkt gewesen, da er den Sinn der Abklärung kaum eingesehen habe, zumal er selber nicht davon ausgehe, noch eine passende Stelle zu finden. Ihm sei es aber im Laufe der Zeit gelungen, seine Einstellung zu verbessern und er habe immer wieder engagiert mitgearbeitet (AB 91/10). Im Zwischengespräch habe er auf abendliche Erschöpfung hingewiesen; er halte es fast nicht aus, den ganzen Tag zu arbeiten. Deshalb sei eine vollschichtige Präsenz mit vermehrter Benutzung des Ruheraums vereinbart worden. Entsprechend habe er für die Zu-

kunft ein 50%-Pensum als realistisch angesehen, da ihm seine Gesundheit nicht erlaube, mehr zu arbeiten (AB 91/11).

Für die RAD-Ärztin med. pract. H. \_\_\_\_\_, welche die AMA-Abklärung begleitete, ohne dass eigene Untersuchungen aktenkundig wären, sollte diese Klarheit schaffen, warum der Beschwerdeführer nicht arbeite, obwohl laut dem letzten ophthalmologischen Bericht seit der Kapsulotomie links am 29. Juni 2011 keine Einschränkung für eine ...-tätigkeit mehr bestehe (dieser Bericht befindet sich nicht bei den Akten; vgl. aber E. 3.1.5 hiervor). Seit der letzten Augenoperation am 29. Juni 2011 habe er auch keine Sehprobleme mehr, weshalb er auch Fahrzeuge führen dürfe. Aufgrund der aktuellen medizinischen Unterlagen bestehe kein Grund, weshalb eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit der Wechselpositionierung nicht zu 100% möglich sein sollte. Der Beschwerdeführer sei denn auch selber der Ansicht, dass er arbeiten könne, wenn man ihn nur lasse; ausser unruhige Beine habe er keine neuen Beschwerden, die nicht schon bekannt seien. Auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden sich der Status nach der Schulterarthroskopie rechts am 2. Oktober 2008 (vgl. E. 3.1.3 hiervor) und der Status nach offener ventraler Acromioplastik und transossärer Subscapularisreinsertion der linken Schulter am 30. September 2003 (vgl. E. 3.1.2 hiervor), nicht (mehr) aber der Status nach der Kapsulotomie bei Re-Katarakt links am 29. Juni 2011 und der Status nach der Kataraktoperation, Laserung und Öleinlagerung links am 3. März 2010 (vgl. E. 3.1.5 hiervor) sowie der Diabetes mellitus Typ 1 (vgl. E. 3.1.1 hiervor) und die hypertensive und koronare Herzkrankheit (vgl. E. 3.1.4 hiervor). Aufgrund der Schulteroperation im Oktober 2008 (vgl. E. 3.1.3 hiervor) sei es dem Beschwerdeführer nicht mehr möglich gewesen, schwere Hebetätigkeiten oder belastende Überkopfarbeiten auszuführen. Aufgrund der Bypassoperationen im Dezember 2008 und späteren Komplikationen in Form von Pleuraergüssen (vgl. E. 3.1.4 hiervor) sei es dann auch zu keiner Rückkehr an den alten Arbeitsplatz gekommen. In Bezug auf eine angepasste Tätigkeit am ... habe davon ausgegangen werden müssen, dass eventuelle Sehschwierigkeiten deren Wiederaufnahme verhindern würden, doch würden keine Einschränkungen für eine Erwerbstätigkeit mehr bestehen (vgl. E. 3.1.5 hiervor). Auch laut Kardiologie des Spitals M. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.1.4 hiervor) bestünden aus deren Fachgebiet keine Einschrän-

kungen mehr. Die bei dieser Gelegenheit vom Beschwerdeführer gemachten Aussagen über seine intellektuellen Fähigkeiten hätten völlig seinen Aussagen im Rahmen der AMA-Abklärung und den dabei gezeigten Leistungen widersprochen. Die vom Hausarzt (richtig: Dr. med. F. \_\_\_\_\_; vgl. AB 51/2 ff.) einmalig am 3. März 2011 erwähnten, nicht aber objektivierbaren neuropsychologischen Defizite seien während der AMA nicht aufgefallen, weshalb auf eine neuropsychologische Abklärung verzichtet worden sei. Schliesslich hätten während der AMA keine Anzeichen für eine Depression bestanden (vgl. E. 3.1.7 hiervor), weshalb bei normaler Schwingungsfähigkeit auf eine zusätzliche psychiatrische Abklärung bewusst verzichtet worden sei. Sowohl die Medikation, welche eine Müdigkeit fördere, als auch ein mögliches Schlafapnoesyndrom seien, nachdem von ärztlicher Seite entsprechende Therapien geplant seien, spätestens nach einem halben Jahr nicht mehr leistungslimitierend, da schon heute durch eine frühere Pause eine gute Leistung über zweimal drei Stunden habe erreicht werden können. Eine reine ...-tätigkeit überwiegend sitzend sei aktuell zu drei Stunden morgens und drei Stunden nachmittags mit etwas früherem Beginn einer um eine halbe Stunde verlängerten Mittagspause sowie einer zusätzlichen halbstündigen Pause am Nachmittag möglich. Das entspreche einer gesamten Tätigkeit von mindestens sechs Stunden mit einer maximalen Leistungsminderung von 10%. Nach Umsetzung der Medikation und adäquater Therapie könne ein halbes Jahr später mit einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer ...-tätigkeit gerechnet werden (AB 91/12 ff.). Im Konsensgespräch gingen die abklärenden Personen davon aus, dass der Beschwerdeführer bei angepasster Tätigkeit eine Quantität von 65 bis 90% bei einer Qualität von 90 bis 100% erreiche (AB 91/14 Ziff. 8.1). Demgegenüber habe der Beschwerdeführer im Schlussgespräch die Meinung vertreten, künftig nur noch 50% arbeiten zu können (AB 91/15 Ziff. 9).

**3.1.9** Mit Schreiben vom 30. November 2011 bestätigte die Arbeitgeberin gegenüber der vormaligen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ab 1. Dezember 2011 eine maximale Arbeitsleistung von 25% bei einer Präsenzzeit von 50%; durch die grosse Sorgfaltspflicht sei dessen Arbeitstempo sehr langsam (AB 96/3; AB 115).

**3.1.10** Mit Schreiben vom 7. Dezember 2011 (AB 97) wies der Hausarzt auf die Folgen des Diabetes mellitus hin, so auf die frühe Entwicklung eines grauen Stars, Nierenschädigungen und den Verlust der langen Nervenbahnen in die Füsse. Wohl als Folge einer Makroangiopathie habe der Beschwerdeführer im Jahr 2008 einen Herzinfarkt erlitten, der zu einer vierfachen Myokardrevaskularisation geführt und einen Kuraufenthalt notwendig gemacht habe. Zudem sei er in psychotherapeutischer Behandlung, da die vergangenen Ereignisse einen depressiven Zustand verursacht hätten. Er habe sich in der Vergangenheit auch einer ausgedehnten Schulterarthroskopie rechts unterziehen müssen, was sich sicher nicht positiv auf seine gesundheitliche Verfassung ausgewirkt habe. Der Hausarzt ging mit Bestimmtheit davon aus, dass sich der jetzige Gesundheitszustand in den kommenden Monaten bis Jahren dramatisch verschlechtern werde. Er bestätigte, dass infolge gesundheitlicher und psychischer Verfassung ein Arbeitseinsatz unter wirtschaftlichen Bedingungen von höchstens zwei bis drei Stunden pro Tag möglich sei. Entsprechend sei er bis auf weiteres zu 75% arbeitsunfähig (AB 98).

**3.1.11** In den Berichten vom 28. November und 12. Dezember 2011 (AB 99) diagnostizierte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, einen idiopathischen nicht dekompensierten Tinnitus, welche Diagnose für eine Erwerbsfähigkeit wahrscheinlich nicht massgebend sei, wobei jedoch lärmintensive Arbeit vermieden werden sollte.

**3.1.12** Aufgrund einer Polysomnographie im Spital M. \_\_\_\_\_ vom 22. September 2011 wurden ein mittelschweres Schlafapnoesyndrom und periodische Beinbewegungen im Schlaf diagnostiziert, was aber keine Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit zeitigen würde (AB 103). Nach Beginn der CPAP-Therapie habe eine erfreuliche Verbesserung der Müdigkeitsproblematik erreicht werden können (AB 110/20).

**3.1.13** Im Bericht vom 16. Februar 2012 wies die Klinik N. \_\_\_\_\_ auf eine schwierige psychosoziale Belastungssituation insbesondere aufgrund der IV-Abklärungen hin; zwischenzeitlich sei eine psychologische und psychiatrische Betreuung aufgenommen worden (AB 110/19).

**3.1.14** Am 28. Februar 2012 musste sich der Beschwerdeführer einer dringlichen Rekoronarographie und Intervention unterziehen (AB 110/6 ff., 110/10, 110/16); anschliessend erfolgte eine ambulante Herzrehabilitation (AB 110/2). Zur Zumutbarkeit einer (...)Tätigkeit äusserte sich Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 9. Mai 2012 (AB 112/2 ff.) wie bis anhin (vgl. E. 3.1.4 a.E. hiervor). Der Beschwerdeführer sei aus kardialer Sicht beschwerdefrei und habe lediglich leichte Anstrengungsdyspnoe bei maximaler Belastungsstufe von 150 Watt. Formal sei er für eine sitzende oder leichte Tätigkeit in bisheriger Position aus kardialer Sicht einsetzbar; er sei mässig eingeschränkt bei sicherlich nicht vollständiger Revaskularisation und Anstrengungsdyspnoe (AB 117/9).

**3.1.15** Aus ophthalmologischer Sicht wurde mit Verlaufsbericht vom 21. Juni 2012 (AB 116) ein auf 0.6 und 0.05 reduzierter Visus attestiert, weshalb eine Tätigkeit mit hoher Anforderung an die Sehkraft nicht mehr möglich sei; berufliche Massnahmen seien fragwürdig und die Prognose sei ungewiss.

**3.1.16** Aufgrund dieser Verlaufsberichte ging die RAD-Ärztin in der Stellungnahme vom 26. Juli 2012 (AB 118) weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für eine im Abklärungsbericht AMA (gerade nicht unter geschützten Bedingungen) überprüfte und festgestellte überwiegend sitzende leichte Tätigkeit aus; es könne am bisherigen Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.1.8 hiervor) festgehalten werden. Der idiopathische nicht dekompensierte Tinnitus (vgl. E. 3.1.11 hiervor), das mittelschwere Schlafapnoesyndrom (vgl. E. 3.1.12 hiervor) und die Rekoronarographie und Intervention vom 28. Februar 2012 (vgl. E. 3.1.14 hiervor) seien ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit; für ...-tätigkeiten bestünden keine grösseren Einschränkungen der Sehfähigkeit.

Mit weiterer Stellungnahme vom 25. September 2012 (AB 134) fügte die RAD-Ärztin an, der Hausarzt habe keine neuen medizinischen Einwände (vgl. E. 3.1.10 hiervor) geltend gemacht und es seien sämtliche die berufliche Tätigkeit einschränkende gesundheitlichen Faktoren (einschliesslich der neueren Diagnosen) berücksichtigt worden. Ziel des Beschwerdeführers scheine von Anfang an gewesen zu sein, eine krankheitsbedingte Leistungseinschränkung "zu demonstrieren".

**3.2** 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**3.2.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.2** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

**3.2.3** Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

**3.3** Auf die Einschätzung der RAD-Ärztin (vgl. E. 3.1.8 und 3.1.16 hier) kann vorliegend nicht abschliessend abgestellt werden. Diese beschränkte sich im Wesentlichen darauf, im Rahmen der AMA-Abklärung die einzelnen spezialärztlichen Einschätzungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zu bestätigen. Gestützt auf diese Berichte schien für sie rückblickend aber auch prognostisch klar zu sein, dass eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit der Wechselpositionierung zu 100% möglich sein sollte (vgl. AB 91/12). Dass sie den Beschwerdeführer von sich aus allseitig untersucht hätte (vgl. E. 3.2.1 hier), geht aus dem Abklärungsbericht AMA nicht hervor, immerhin aber, dass sie ihn im Rahmen der AMA beobachtet hat (vgl. AB 91/12 ff. Ziff. 7). Eine ganzheitliche medizinische

Einschätzung unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen der einzelnen Einschränkungen ist indessen unterblieben, ebenso eine vertiefte Auseinandersetzung mit abweichenden Meinungen. Trotz mehreren Hinweisen auf psychische Probleme (vgl. E. 3.1.7 und 3.1.13 hiervor) und der Empfehlung zur Abklärung allfälliger neuropsychologischer Defizite (vgl. E. 3.1.4 hiervor) erachtete sie – ohne entsprechenden Facharzttitel – diesbezügliche Abklärungen bei aus ihrer Sicht fehlender Anzeichen nicht für angezeigt. Sie setzt sich denn auch nicht eingehend mit der anderslautenden echtzeitlichen Einschätzung der Arbeitsleistung unter wirtschaftlichen Bedingungen von 25% bei einer Präsenzzeit von 50% durch die bisherige Arbeitgeberin (vgl. E. 3.1.9 hiervor) und die entsprechende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch den Hausarzt (von 75%; vgl. E. 3.1.10 hiervor) auseinander, sondern verweist allein auf die einzelnen anderslautenden Berichte sämtlicher Spezialisten und die im Rahmen der AMA "überprüfte und festgestellte" volle Arbeitsfähigkeit für eine überwiegend sitzende leichte Tätigkeit (vgl. AB 118/2 unten). Zwar kam die AMA-Abklärung ohne weitere Begründung zum Schluss, der Beschwerdeführer erreiche bei angepasster Tätigkeit eine Quantität von 65 bis 90% bei einer Qualität von 90 bis 100% (AB 91/14 Ziff. 8.1), obschon in einzelnen auch im administrativen Bereich wesentlichen Arbeiten eine weitaus tiefere Quantität und teilweise auch Qualität festgestellt worden ist (vgl. AB 91/10 Ziff. 5.3.3). Für die auf die AMA (Abklärungsbericht vom 18. Oktober 2011; AB 91) folgende Zeitspanne stellte die RAD-Ärztin insbesondere in Bezug auf die (medikamentös bedingte) Müdigkeit und das Schlafapnoesyndrom allein eine Prognose dahingehend, dass nach Umsetzung der Medikation und adäquater Therapie innerhalb eines halben Jahres mit einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer ...-tätigkeit gerechnet werden könne (vgl. AB 91/14 Mitte). Ob und inwieweit dies tatsächlich eingetreten ist, ist in der Folge trotz Bestreitungen des Beschwerdeführers (Beschwerde, S. 4 Ziff. 3 lit. c) und einer dramatisch erscheinenden Prognose des Hausarztes (vgl. E. 3.1.10 hiervor) nicht weiter abgeklärt worden, obschon die angefochtenen Verfügungen erst im Dezember 2012 (AB 139) und damit über ein Jahr nach der AMA-Abklärung ergingen.

**3.4** Nach dem Dargelegten vermag vorliegend der RAD-Bericht (im Rahmen der AMA; AB 91) mitsamt nachfolgenden Erläuterungen (AB 118)

für eine abschliessende Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht zu genügen. Wie erwähnt sind soweit erkennbar keine allseitigen Untersuchungen durchgeführt worden, insbesondere nicht interdisziplinär und auch nicht in Bezug auf allfällige psychische und neuropsychologische Defizite (entgegen E. 3.2.1 hiervor), zumal diesbezüglich der RAD-Ärztin die erforderliche ärztliche Qualifikation (vgl. E. 3.2.2 zweiter Abschnitt hiervor) fehlt. Nicht zuletzt deshalb überzeugt ihre Einschätzung nicht. Insbesondere kann nicht ohne weitere Abklärungen aufgrund einer blossen Prognose im Abklärungsbericht AMA (vgl. E 3.3 a.E. hiervor) die Rente per Ende August 2012 eingestellt werden. Unter Berücksichtigung, dass an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll, vorliegend aber doch erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen, sind ergänzende Abklärungen erforderlich (so BGE 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

**3.5** Da nicht auf die RAD-Berichte bzw. die Beurteilung auf der Basis der AMA abgestellt werden kann, gleichzeitig jedoch auch bis anhin nicht geklärte Fragen zu interdisziplinären Wechselwirkungen sowie zu allfällig mitwirkenden psychischen und neuropsychologischen Umständen bestehen und keine Ergebnisse zu den prognostizierten Verbesserungen vorliegen, bedarf es einer polydisziplinären Abklärung. Die Sache ist deshalb zur interdisziplinären Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eine solche Rückweisung ist ohne weiteres geboten und zulässig (vgl. BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 200), da die Begutachtung ungeklärte Fragen betrifft und beschwerdeweise eventualiter eine Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung beantragt wird. Zudem liess die Beschwerdegegnerin selber bisher kein entsprechendes Gutachten erstellen. Die Gutachter haben die Entwicklung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit samt Umschreibung des Zumutbarkeitsprofils – mit Blick auf die gesamten Akten – rückblickend sowie für die Gegenwart einzuschätzen.

**3.6** In Gutheissung der Beschwerde sind die angefochtenen Verfügungen der IV-Stelle Bern vom 11. Dezember 2012 (AB 139) aufzuheben und

ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.

#### **4.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, 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. 700.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

#### **4.2**

**4.2.1** 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). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

**4.2.2** Fürsprecher B.\_\_\_\_\_ macht in seiner Kostennote vom 3. Juni 2013 eine Anwaltsgebühr von Fr. 3'900.-- geltend, entsprechend einem Aufwand von 15.6 Stunden, zuzüglich Auslagen von Fr. 18.80 und 8% Mehrwertsteuer von Fr. 313.50. In Anbetracht der zwar eher umfangreichen

Akten, der jedoch nicht schwierigen Rechtsfragen, des im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren geltenden Untersuchungsgrundsatzes, der Beschränkung der Kostennote auf das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht gemäss prozessleitender Verfügung vom 31. Mai 2013 und im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen liegt der geltend gemachte Aufwand an der oberen Grenze des Gebotenen. Das Mass dessen, was eine vertiefte Prüfung und gestützt darauf allenfalls eine Reduktion der Parteikostenentschädigung durch das Gericht rechtfertigen würde, wird indessen nicht erreicht, weshalb es vorliegend mit dieser Feststellung sein Bewenden hat. Gestützt auf die eingereichte Kostennote wird die Parteientschädigung somit auf Fr. 4'232.30 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde werden die angefochtenen Verfügungen der IV-Stelle Bern vom 11. Dezember 2012 aufgehoben und die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'232.30 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):
- Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - 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.