

200 18 264 IV
FUR/BOC/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. November 2018

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. Februar 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1966 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich unter Mitwirkung der Krankentaggeldversicherung C._____ und unter Hinweis auf Schmerzen im Darm und Bauch am 14. November 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 3.1). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (act. II 8 f., 12, 14, 15.1 - 15.6) und erteilte am 17. Februar 2015 Kostengutsprache für ein Aufbautraining in der Abklärungsstelle D._____ in ... vom 4. Februar bis 3. Mai 2015 (act. II 19). Aufgrund der Schmerzproblematik fühlte sich der Versicherte nicht in der Lage, an der beruflichen Massnahme teilzunehmen, weshalb diese per 28. Februar 2015 bzw. per 9. März 2015 abgebrochen wurde (act. II 29, 37). In der Folge schloss die IVB die beruflichen Massnahmen am 1. Dezember 2015 ab (act. II 46). Im weiteren Verlauf liess die IVB den Versicherten durch Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 11. Mai 2016 [act. II 62.1]) und am 28. Juli 2016 informierte der Versicherte die IVB darüber, dass er einen Herzinfarkt erlitten habe (act. II 67). Bei Dr. med. F._____, Facharzt für Gastroenterologie, vom Spital G._____, liess die IVB zudem ein gastroenterologisches Gutachten erstellen (Expertise vom 9. März 2017 [act. II 85.1]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IVB mit Verfügung vom 21. Februar 2018 den Anspruch auf eine Invalidenrente (act. II 95, 103, 105 f.).

B.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 9. April 2018 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Rente nach Gesetz (IVG) zu gewähren. Eventuell sei ein verwaltungsexternes medizinisches (Gerichts-)

Gutachten – unter Einbezug eines Viszeralchirurgen und eines Schmerzexperten – durchzuführen. Sub-Eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese sei zu verpflichten, Abklärungen betreffend den Anspruch auf berufliche Massnahmen/Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. In prozessualer Hinsicht stellt der Beschwerdeführer den Antrag, es sei – unter Zustellung der Verfahrensakten – ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen. Gleichzeitig stellt er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt.

Mit prozessleitender Verfügung vom 11. April 2018 wurde der Beschwerdeführer aufgefordert, das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege bis zum 1. Mai 2018 näher zu begründen und zu belegen; bei unbenutztem Fristablauf gelte das Gesuch als zurückgezogen.

Der Beschwerdeführer reichte mit Eingabe vom 24. April 2018 eine Bestätigung des Sozialdienstes H. _____ vom 3. April 2018 ein und ersuchte um Fristverlängerung betreffend Begründung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege, welche bis zum 15. Mai 2018 gewährt wurde.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Mai 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Am 15. Mai 2018 zog der Beschwerdeführer das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. Mai 2018 wurde der Beschwerdeführer ersucht, bis zum 31. Mai 2018 einen Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zu bezahlen, welcher fristgerecht geleistet wurde.

Nachdem der Beschwerdeführer am 23. Mai 2018 um Ansetzung einer Frist zur Einreichung einer Replik ersucht hatte, gab die Instruktionsrichterin dem Beschwerdeführer Gelegenheit, bis zum 25. Juni 2018 eine Replik einzureichen.

Mit Replik vom 25. Juni 2018 beantragt der Beschwerdeführer, der Administrativgutachter Dr. med. E. _____ sei mit einer Stellungnahme der

Beschwerdegegnerin zu konfrontieren und er habe sein Gutachten mit einer eigenen Indikatorenprüfung sowie mit der Stellungnahme zur Indikatorenprüfung der Beschwerdegegnerin zu ergänzen. Zusätzlich erneuert er die beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren.

Mit Duplik vom 24. August 2018 hält die Beschwerdegegnerin an der Abweisung der Beschwerde fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist – vorbehaltlich der Ausführungen in E. 1.2 hiernach – auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 21. Februar 2018 (act. II 106). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung. Soweit der Beschwerdeführer sub-

eventuell beantragt, die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese sei zu verpflichten, Abklärungen betreffend den Anspruch auf berufliche Massnahmen/Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, ist darauf mangels Anfechtungsobjekt nicht einzutreten (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1), da in der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2018 (act. II 106) allein über den Rentenanspruch verfügt wurde. Die Beschwerdegegnerin hielt im Anfechtungsobjekt denn auch fest, sollte der Beschwerdeführer Unterstützung durch die Invalidenversicherung bei beruflichen Massnahmen wünschen und bereit sein, dabei im Rahmen der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit aktiv mitzuwirken, werde er gebeten, dies schriftlich anzumelden bzw. am 26. Februar 2018 hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer zu einem Erstgespräch betreffend berufliche Eingliederung eingeladen (act. II 108).

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). Für die Beurteilung des Vor-

liegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

2.4 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).

2.5 Ein Gerichtsgutachten ist in der Regel einzuholen, wenn die Beschwerdeinstanz einen (im verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig

hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264; SVR 2016 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.1).

3.

3.1 Die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 1. März 2016 (act. II 58) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. II 58/9):

Chronische Abdominalschmerzen bei

- Status nach laparoskopisch assistierter Rektosigmoidresektion 06/13 im KWS bei gedeckt perforierter Diverticulitis mit nachfolgendem Wundinfekt, gefolgt von Debridement und VAC-Anlage und St. nach
- Hemicolektomie links-mit End-zu-End-Transversorektostomie, Narbenhernienoperation und Anlage eines Ileostomas, gefolgt von
- Ileostomarückverlagerung am 9. Januar 2014, gefolgt von
- langwierigen Behandlungen wegen „outlet obstruction“ bei gleichzeitigem Absetzen von über 5 Stühlen am Tag (Schmerzangaben und Konsultationen über 1 1/2 Jahre), nach vorerst Besserung der outlet obstruction unter Beckenbodentherapie im März 2014
- erneuter Operation der Narbenhernie am 26. Mai 2014, gefolgt von
- Hämatomausräumung subcutan 5. Juni 2014 gefolgt von
- einem nicht erklärbaren infizierten Hämatom in der Laparotomienarbe subcutan, therapiert mit Inzision
- weitere Schmerztherapie, auch im Zentrum J. _____, wo schliesslich eine „leichte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren 45.41“ diagnostiziert worden sei (vgl. act. II 47), da keine organische Schmerzursache gefunden worden sei (Oktober 2015)

Dr. med. I. _____ gab an (act. II 58/10), vom 10. Juni 2013 bis Ende Juli 2014 bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit. Danach bestehe eine 10%-ige Einschränkung im Rahmen der outlet obstruction aus somatischer Sicht. Die Schmerzproblematik (ohne somatisches Korrelat) müsse gemäss versicherungsmedizinischen Kriterien psychiatrisch abgeklärt werden. Zur Begründung führte sie aus (act. II 58/9), zu Beginn der Geschichte sei der Beschwerdeführer wiederholt operiert worden. In diesem Zeitraum sei eine Arbeitsunfähigkeit, auch eine längere volle Arbeitsunfähigkeit, nachvollziehbar. Das beginne bei der ersten Operation am 10. Juni 2013. Am 9. Januar 2014 sei die Rückverlagerung der Ileostomie gewesen, etwa 2 - 3 Monate danach hätte grundsätzlich die Arbeit wieder aufgenommen werden können, d.h. ab April 2014. Gerade Ende März 2014 habe dann die Geschichte mit den chronischen Bauchschmerzen und der „outlet obstruction“ begonnen. Bereits ab hier wäre die Sache eigentlich versicherungsmedizinisch als „Schmerzsyndrom“ zu werten. Die Tatsache, dass eine „outlet obstruction“ diagnostiziert worden sei, was so viel bedeute wie unvollständige Entleerung beim Toilettengang und zirka 6 - 8 Stuhlgänge am Tag, beeinflusse die Arbeitsfähigkeit nicht relevant, man könne deswegen allenfalls 10 % Einbusse wegen vermehrten Stuhlgängen berücksichtigen. Hauptproblematik dabei seien die Schmerzen gewesen, und die outlet obstruction vermöge diese im Unterbauch geklagten Schmerzen ebenso wenig zu erklären wie sämtliche anderen möglichen organischen Hypothesen. Es seien aber die Schmerzen, weshalb der Beschwerdeführer dauerhaft krankgeschrieben worden sei, wie wiederholt in den Akten angegeben werde. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei der Beschwerdeführer also ab April 2014 grundsätzlich wie ein „Schmerzpatient“ einzuordnen. Allerdings folge am 20. Mai 2014 noch zum zweiten Mal die Operation einer Narbenhernie und am 2. Juni 2014 werde ein Hämatom in der Narbe ausgeräumt. Angesichts der langen vorausgegangenen Arbeitsunfähigkeit ab März 2013 müsse somit die Arbeitsunfähigkeit noch bis zur Genesung dieser Nachoperation verlängert werden, d.h. bis 8 Wochen nach der Narbenhernienoperation, was bis Ende Juli 2014 ergebe.

3.2 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 11. Mai 2016 (act. II 62.1) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 62.1/12):

1. Somatoforme autonome Funktionsstörung ICD:10 F45.3 im Anschluss an mehrere viszerale Operationen
2. Anhaltend somatoforme Schmerzstörung ICD:10 F45.41 mit vorab somatischem Ursprung und psychischen Anteilen

Dr. med. E. _____ gab an (act. II 62.1/14), es müsse festgestellt werden, dass beim Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit die Schmerzen organischen Ursprungs seien. Begleitend dazu habe sich aber mit grosser Wahrscheinlichkeit auch eine leichte psychosomatisch bedingte Komponente im Sinne einer autonomen somatoformen Funktionsstörung entwickelt, wie dies bei einem psychogenen Colon irritabile und der psychogenen Diarrhoe der Fall sei (F45.32.). Es wäre nicht richtig, die Somatik alleine mit psychiatrischen Hypothesen zu begründen, denn der organischen Komponente komme, berücksichtige man die Aktenlage, eindeutig eine bedeutende Rolle im Rahmen der Schmerzentwicklung zu. Dies auch deshalb, weil keine Anhaltspunkte für eine Aggravation, eine Verdeutlichungstendenz, oder ein appellativ-demonstratives Verhalten vorlägen. Der Beschwerdeführer müsse nicht nur schmerztherapeutisch, sondern insbesondere auch gastroenterologisch begutachtet werden. Dies auch deshalb, weil er seine Schmerzen adäquat darlege, bisher keine durchgehende depressive oder affektive Begleitstörung entwickelt habe und es auch nicht zu einer Symptomausweitung gekommen sei. Darauf weise auch hin, dass der Beschwerdeführer seine Rückenschmerzen überwunden habe und es hier nicht zu einer anhaltenden somatoformen Schmerzproblematik im Sinne einer Ausweitung und Wechselhaftigkeit gekommen sei. Der Beschwerdeführer sei in seiner kontinuierlichen Tätigkeit dadurch beeinträchtigt, dass er andauernd Schmerzen bewältigen müsse und andererseits auch immer wieder Stuhldrang habe und auf die Toilette rennen müsse. Aufgrund der heutigen Untersuchungsbefunde, der Angaben des Beschwerdeführers und der Aktenlage sowie unter Berücksichtigung der funktionellen Beeinträchtigungen, den Ressourcen und der Indikatoren, müsse aus rein gutachterlicher Sicht festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit in seiner angestammten Tätigkeit als ... kaum mehr einsatzfähig sei. Seine Darmtätigkeit, seine Schmerzen seien mit einer schweren körperlichen Krankheit kaum in Übereinstimmung zu bringen. Aus rein psychiatrischer Sicht, ungeachtet der somatischen Gründe, müsse in Bezug auf seine Tätigkeit als ... eine 50 %-ige Beeinträchtigung der Ar-

beits- und Leistungsfähigkeit angenommen werden. Das heisse der Beschwerdeführer könnte seine Tätigkeit, so die körperliche Beanspruchung aus gastroenterologischer Sicht zumutbar sei, eine maximale 50 %-ige Leistung erbringen. Dabei werde berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer langsamer sei, immer wieder Pausen einlegen müsse und auch immer wieder zur Toilette gehen müsse. Er habe eine verlängerte Erholungszeit, brauche mehr Pausen als ein Gesunder. Die achtstündige Anwesenheit an einem Arbeitsplatz sei unter den Bedingungen, dass der Beschwerdeführer immer wieder pausieren könne und unter seiner intestinalen Tätigkeit leide, mitberücksichtigt. In einer anderen Tätigkeit zum Beispiel als ..., gelte die gleiche Bemessung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus rein psychiatrischer Sicht mache es keinen Unterschied, ob der Explorand eine anstrengende körperliche Tätigkeit verrichte oder eine leichte Invaliditätsfremde Faktoren hätten keinen negativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

3.3 Dr. med. K. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte am 8. August 2016 (act. II 70) aus, zur Frage der Prognose, einer allfälligen Arbeitsfähigkeit und Möglichkeit zur Integration könne er keine Angaben machen, da er keine entsprechenden Abklärungen durchführe. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bezüglich der KHK sei erst im Verlauf und durch allfällige Arbeitsversuche bzw. Rehabilitation im Anschluss an die PTCA möglich.

3.4 In der Aktennotiz vom 4. Oktober 2016 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ fest (act. II 72), was den abgelaufenen wahrscheinlichen Herzinfarkt betreffe, so zeige sich das an einer Hypokinesie inferobasal. Jedoch sei die Auswurfraction linksventrikulär sehr gut und die diastolische Funktion normal, so dass auf Grund der Herzbefunde ohne weiteres leichte bis mittelschwere Arbeiten zugemutet werden könnten. Auch für wieder gute Durchblutung sei gesorgt, nachdem bei Eingefässerkrankung eine Stentversorgung stattgefunden habe. Der Infarkt sei unbemerkt abgelaufen. Als sich der Beschwerdeführer mit Thoraxschmerzen vorgestellt habe, habe es keine Zeichen für einen frischen Infarkt gegeben, sondern es habe eine Angina pectoris vorgelegen. Danach sei rasch abgeklärt und in weni-

ger als einem Monat der Stent gesetzt worden. Es habe keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit aus kardialen Gründen bestanden.

3.5 Dr. med. L. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie (seit 2018 [vgl. www....ch]) führte im Bericht vom 18. Januar 2017 (act. II 91) die folgenden Diagnosen auf:

- Koronare Eingefässerkrankung
 - Kardiovaskuläre Risikofaktoren: 2013 sistierter Nikotinkonsum, metabolisches Syndrom
 - Stressechokardiografie 14. Juli 2016: belastungsabhängige Hypokinesie inferoseptoapikal
 - Koronarangiografie 25. Juli 2016: Subtotale Stenose RIVA Mitte ⇒ PT-CA/DES, global erhaltene linksventrikuläre Funktion bei anterolateraler Hypokinesie
 - Aktuell: Erhaltene linksventrikuläre Pumpfunktion bei diskreter anteroseptaler Hypokinesie
- Aortenklappensklerose
- Hypertensive Herzkrankheit
 - Konzentrische linksventrikuläre Hypertrophie
 - Erhaltene linksventrikuläre Pumpfunktion
 - Dilatation des linken Vorhofs
- Metabolisches Syndrom
 - Adipositas, BMI 36.7 kg/m²
 - Dyslipidämie
 - Arterielle Hypertonie
 - Anamnestisch Typ C-Gastritis
- Steatosis hepatis
- Depressive Störung
- Rezidivierende Bauchoperationen
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, therapiert

Dr. med. L. _____ gab an, in der heutigen Untersuchung präsentiere sich ein normokarder, normotoner und kardiopulmonal kompensierter 50-jähriger Patient. In der Echokardiographie finde sich eine erhaltene linksventrikuläre Pumpfunktion bei höchstens diskreter anteroseptaler Hypokinesie. Es zeige sich das Bild einer hypertensiven Herzkrankheit mit einem konzentrischen Remodeling und einem dilatierten linken Vorhof. Die Aortenklappe sei sklerosiert, trikuspid, funktionell jedoch unauffällig. Die ambulante kardiale Rehabilitation habe aufgrund der abdominalen Beschwerden abgebrochen werden müssen. Aktuell gehe der Beschwerde-

fürher täglich 30 - 45 Min. spazieren, wobei er keinerlei Thoraxschmerzen verspüre. Nur beim Hochtragen von Lasten komme er etwas schneller ausser Atem.

3.6 Dr. med. F._____ führte im gastroenterologischen Gutachten des Spitals G._____ vom 9. März 2017 (act. II 85.1) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. II 85.1/14)

1. Chronisches abdominelles Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Anteilen
2. Funktionelle anorektale Entleerungsstörung

Dr. med. F._____ hielt fest (act. II 85.1/14 ff.), aus gastroenterologischer Sicht könne festgehalten werden, dass die Ausbildung eines chronisch anhaltenden, somatisch bedingten abdominalen Schmerzsyndroms in dem vorliegenden, kompliziert verlaufenden Fall mit mehrfachen Revisionsoperationen und insgesamt zumindest acht viszeralchirurgischen Eingriffen (sofern bei Status nach postoperativem Wundinfekt mit mehrfachem Debridement von zumindest zwei Eingriffen ausgegangen werden könne) nachvollziehbar sei. Gleiches gelte für die im psychiatrischen Gutachten postulierte, mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegende begleitende psychosomatische Komponente. Die Beurteilung des Ausmasses der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die vom Beschwerdeführer beklagte chronische abdominelle Schmerzsymptomatik erscheine aus gastroenterologischer Sicht zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschliessend möglich. Dieses unter anderem auch vor dem Hintergrund, dass sich zuletzt kürzlich auch eine bis zur Faszie reichende Fadenfistel im Bereich der Ileostomanarbe ausgebildet habe. Diese habe kürzlich im Rahmen einer erneuten Hospitalisation einen weiteren operativen Eingriff am 9. März 2017 erfordert. Hier sei aus gastroenterologischer Sicht zur Zeit der weitere Verlauf einschliesslich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht vorhersehbar. Zudem sei es schwierig, allein in Zusammenschau der vorliegenden medizinischen Daten in den umfangreich vorliegenden Befundberichten mit den hier erhobenen Befunden sowie den subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers die funktionelle Leistungsfähigkeit bzw. die Einschränkung derselben durch die Schmerzsymptomatik zu beurteilen. Gegebenenfalls wäre in diesem Zusammenhang auch eine arbeits-

medizinische Beurteilung zu erwägen. Zudem sollten aus gastroenterologischer Sicht ebenso eine schmerztherapeutische sowie auch eine vizeralchirurgische Begutachtung erfolgen. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit könne festgehalten werden, dass diese infolge der durch die nachgewiesene Beckenbodendyssynergie in ihrem aktuellen Ausmass bedingten Beschwerdesymptomatik zweifellos beeinträchtigt sei. Diesbezüglich sei vor allem auf die erhöhte Stuhlgangfrequenz und das Gefühl der inkompletten Entleerung verwiesen. Die letzte Anstellung als ... im ... habe gemäss Angaben des Beschwerdeführers mit einem Anteil von etwa 30 - 40 % eine auswärtige Ausübung der beruflichen Tätigkeit bei ... und häufiger auch auf ... erfordert. Letzteres erscheine zumindest derzeit nur sehr eingeschränkt praktizierbar, da es offensichtlich nicht immer möglich sei, zeitnah ein WC aufzusuchen. In diesem Zusammenhang sei jedoch nochmals angemerkt, das sich die Beschwerdesymptomatik unter der physiotherapeutischen Behandlung und dem Biofeedback gebessert habe und mutmasslich zukünftig unter einer Wiederaufnahme der Physiotherapie und Intensivierung der von ihm selbst durchgeführten Übungen mutmasslich weiter zu verbessern sei. Somit erscheine die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit und einer Umgebung, die das kurzfristige Aufsuchen einer Toilette gewährleiste, aktuell durch die Beckenbodendyssynergie zu maximal 20 % reduziert.

3.7 Die RAD-Ärztin med. pract. M._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt in der Stellungnahme vom 20. Juni 2017 (act. II 89) fest, aus Sicht des RAD seien keine weiteren Abklärungen notwendig. Aus medizinischer Sicht seien die kardiologischen Erkrankungen beim medizinischen Zumutbarkeitsprofil mitzuberücksichtigen und schränkten die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich ein (ca. 10 %). Die Arbeitsfähigkeit werde durch die vorliegenden psychiatrisch-gastroenterologischen Krankheiten bestimmt. Gastroenterologisch sei in der Abklärung ein erhöhter Wert für Calprotectin festgestellt worden. Dieser Biomarker zeige entzündliche Krankheiten im Magen-Darm-Trakt an, ohne spezifisch für eine bestimmte Krankheit zu sein. Beim Beschwerdeführer zeigten sich eine leichte Refluxösophagitis und mehrere reizlose Divertikel im Kolon, auch das terminale Ileum sei entzündungsfrei gewesen. Sollte sich im weiteren Verlauf eine entzündliche Darmkrankheit manifestieren, lägen unter Behandlung die

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Rahmen der aktuellen Krankheiten.

4.

4.1 Der Beschwerdeführer leidet sowohl an physischen und als auch an psychischen Einschränkungen. Diesbezüglich liegt einerseits das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 11. Mai 2016 (act. II 62.1) sowie andererseits das gastroenterologische Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 9. März 2017 (act. II 85.1) vor. Dabei attestiert der psychiatrische Gutachter in der bisherigen Tätigkeit als ... wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 50 %-ige Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 62.1/17). Dies begründet er damit, dass der Beschwerdeführer langsamer sei, immer wieder Pausen einlegen und auch immer wieder zur Toilette gehen müsse; er habe eine verlängerte Erholungszeit, brauche mehr Pausen als ein Gesunder (act. II 62.1/17). Der gastroenterologische Gutachter attestiert in einer angepassten Tätigkeit und einer Umgebung, die das kurzfristige Aufsuchen einer Toilette gewährleistet, eine zu maximal 20 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (act. II 85.1/16). Er begründet dies mit der nachgewiesenen Beckenbodendyssynergie und der damit zusammenhängenden erhöhten Stuhlgangfrequenz und dem Gefühl der inkompletten Entleerung (act. II 85.1/16). Da die beiden Gutachten unabhängig voneinander erstellt wurden und somit eine interdisziplinäre Beurteilung fehlt, bleibt unklar, ob die attestierten Arbeitsunfähigkeiten, welche beide unter anderem mit der Problematik des immer wieder kurzfristigen Aufsuchens einer Toilette begründet werden, ineinander aufgehen bzw. sich überlappen oder nicht. Ergänzend ist zu erwähnen, dass der gastroenterologische Gutachter Dr. med. F. _____ eine schmerztherapeutische sowie eine vizeralchirurgische Begutachtung für angezeigt hält (act. II 85.1/15).

Weiter hat der Beschwerdeführer nach der Erstellung des psychiatrischen Gutachtens vom 11. Mai 2016 (act. II 62.1) einen Herzinfarkt erlitten (act. II 67), so dass allfällige diesbezüglich bestehende Einschränkungen weder

hinreichend abgeklärt noch interdisziplinär berücksichtigt werden konnten. Es fehlen in den Akten denn auch fachärztliche Aussagen zur Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit der Herzproblematik. Dr. med. K. _____ hielt am 8. August 2018 (act. II 70) fest, zur Frage der Prognose, einer allfälligen Arbeitsfähigkeit und Möglichkeit zur Reintegration könne er keine Angaben machen, da er keine entsprechenden Abklärungen durchführe. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bezüglich der KHK sei erst im Verlauf und durch allfällige Arbeitsversuche bzw. Rehabilitation im Anschluss an die PTCA möglich. Die Allgemeinärztin und Kardiologin Dr. med. L. _____ machte am 18. Januar 2017 (act. II 91) keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit, sie hielt lediglich fest, dass die ambulante kardiale Rehabilitation aufgrund der abdominalen Beschwerden habe abgebrochen werden müssen; bei täglichen Spaziergängen von 30 - 45 Minuten verspüre der Beschwerdeführer keinerlei Thoraxschmerzen, nur beim Hochtragen von Lasten komme er etwas schneller ausser Atem. Lediglich die Ärztinnen des RAD äusserten sich im Zusammenhang mit der kardialen Problematik zur Arbeitsfähigkeit. Es handelt sich dabei jedoch allein um Aktenbeurteilungen, die in den Unterlagen keine für den medizinischen Laien auch nur ansatzweise nachvollziehbare Grundlage finden. Dr. med. I. _____ hielt am 4. Oktober 2016 (act. II 72) fest, aufgrund der Herzbefunde könnten ohne weiteres leichte bis mittelschwere Arbeiten zugemutet werden und med. pract. M. _____ hielt am 20. Juni 2017 (act. II 89) fest, aus medizinischer Sicht seien die kardiologischen Erkrankungen beim medizinischen Zumutbarkeitsprofil mitzuberücksichtigen und schränkten die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich ein (ca. 10 %). Die Beschwerdegegnerin hat diese 10 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus kardialen Gründen in der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2018 (act. II 106) nicht separat berücksichtigt, sondern hat – ohne dass eine entsprechende fachärztliche Beurteilung vorgelegen hätte – festgehalten, diese 10 %-ige Einschränkung sei bereits in der gastroenterologisch attestierten 20 %-igen Einschränkung enthalten.

Schliesslich sind sich die RAD-Ärztinnen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit (aus somatischer Sicht) im Zusammenhang mit den diversen operativen Eingriffen des Beschwerdeführers nicht einig. So geht die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ vom 10. Juni 2013 bis Ende Juli 2014 von einer

100 %-igen Arbeitsunfähigkeit aus, danach bestehe eine 10 %-ige Einschränkung im Rahmen der outlet obstruction aus somatischer Sicht (act. II 58). Die RAD-Ärztin Dr. med. N. _____ berichtete hingegen am 25. März 2015 (act. II 32) noch von einem instabilen Gesundheitszustand und sah es mit Blick auf die Krankengeschichte des Beschwerdeführers als medizinisch nachvollziehbar und schlüssig an, dass der Beschwerdeführer lang anhaltend vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen sei und leistungseingeschränkt bleiben werde.

4.2 Mit Blick auf das Dargelegte ist der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Die Beschwerde ist demnach gutzuheissen – soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. 1.2 hiervor) – und die angefochtene Verfügung vom 21. Februar 2018 ist aufzuheben. Da vorliegend die interdisziplinäre Beurteilung der Auswirkungen der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit vollständig ungeklärt ist, ist nicht – wie vom Beschwerdeführer eventualiter beantragt – ein Gerichtsgutachten einzuholen, sondern die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. E. 2.5 hiervor), damit sie erstmals eine allen Anforderungen genügende polydisziplinäre Begutachtung veranlasse und anschliessend neu verfüge.

Bei diesem Ergebnis erübrigt es sich – wie in der Replik beantragt –, den Gutachter Dr. med. E. _____ mit einer Stellungnahme der Beschwerdegegnerin zu konfrontieren und er hat auch sein Gutachten nicht mit einer eigenen Indikatorenprüfung sowie mit einer Stellungnahme zur Indikatorenprüfung der Beschwerdegegnerin zu ergänzen.

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).

Mit Kostennote vom 24. Oktober 2018 macht Rechtsanwalt B._____ ein Honorar von Fr. 7'196.-- (25.7 h à Fr. 280.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 215.88 und Mehrwertsteuer von Fr. 570.71 (7.7 % von Fr. 7'411.88), total Fr. 7'982.60, geltend. Dieser Aufwand erweist sich selbst unter Berücksichtigung des durchgeführten doppelten Schriftenwechsels als zu hoch. Mit Blick auf die Bedeutung und die Schwierigkeit des hier zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen zugesprochenen Entschädigungen ist ein pauschaler Parteikostenersatz von Fr. 4'000.-- inkl. Mehrwertsteuer und Auslagen angemessen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

5.3 Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt ist infolge Rückzugs vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde – soweit darauf einzutreten ist – wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 21. Februar 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewie-

sen, 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. 4'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B._____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öf-

fentlich-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.