

200 18 354 IV  
FUR/ABE/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 24. September 2018**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Abenheim

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch lic. iur. B. \_\_\_\_\_, c/o C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. April 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1964 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Juli 2009 erneut (vgl. Antwortbeilage [AB] 1.1/49, 1.1/26, 4) bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an, nachdem er am 23. Dezember 2008 einen Arbeitsunfall erlitten hatte (AB 5). Insbesondere gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten des D.\_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 12. Dezember 2013 (AB 121.1/2) sprach die IVB dem Versicherten mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 20. Juni 2014 (AB 130/2) eine befristete ganze Invalidenrente für die Zeit vom 1. Januar bis zum 31. Oktober 2010 zu.

Auf eine Neuanmeldung vom 20. Juni 2015 (AB 134) trat die IVB mangels einer glaubhaft gemachten wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht ein (Verfügung vom 16. Oktober 2015 [AB 153]), was vom Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 17. Februar 2016 (VGE IV/2015/1007 [AB 157]) geschützt wurde.

### **B.**

Am 13. Februar 2017 meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an, wobei er auf einen Herzinfarkt verwies (AB 160). Nach Vornahme medizinischer und erwerblicher Abklärungen (AB 164 ff.) sowie Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 180-184) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 29. Januar 2018 (AB 185) die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (Invaliditätsgrad: 22%). Dagegen opponierte der Versicherte, vertreten durch lic. iur. B.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_, am 21. März 2018 und reichte neue Arztberichte ein (AB 191). Nachdem die IVB letztere dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet hatte (AB 193), verfügte sie am 3. April 2018 wie angekündigt (AB 195).

## **C.**

Hiergegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch lic. iur. B. \_\_\_\_\_, C. \_\_\_\_\_, am 7. Mai 2018 Beschwerde mit folgenden Anträgen:

1. Es sei die Verfügung vom 3. April 2018 aufzuheben.
2. Es sei dem Beschwerdeführer eine volle Invalidenrente zuzusprechen.
3. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen oder Untersuchungen (Gutachten) vorzunehmen.

unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, der Gesundheitszustand habe sich aufgrund des Herzinfarkts massiv verschlechtert.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 3. April 2018 (AB 195). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

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

## **2.**

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

**2.2** 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 ha-

ben. 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** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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).

### 3.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft, womit die Eintretensfrage nicht richterlich zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). In VGE IV/2015/1007 (AB 157) wurde keine materielle Beurteilung vorgenommen, weshalb es vorliegend zunächst zu prüfen gilt, ob im Vergleich zur Sachlage, wie sie der Verfügung vom 20. Juni 2014 (AB 130/2) zu Grunde lag, im Zeitpunkt der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 3. April 2018 (AB 195) in den tatsächlichen Verhältnissen eine relevante Änderung eingetreten ist (vgl. E. 2.4 hiavor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Rentenanspruch allseitig frei zu beurteilen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11).

**3.1** Die Verfügung vom 20. Juni 2014 (AB 130/2) stützte sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 12. Dezember 2013 (AB 121.1/2). Nach allgemeininternistischen, psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchungen nannten die Experten folgende Diagnosen:

#### **Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5/Z98.8)
  - Status nach Sturz auf den Rücken am 23.12.2008
  - Status nach Dekompression LWK 4/5 beidseits sowie Stabilisation am 01.04.2008
  - Radiologisch regelrechter postoperativer Befund

#### **Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

- Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
- Störung durch Opioidanalgetika, ständiger Gebrauch (ICD-10 F11.25)
- Funktionelle Gangstörung, DD Symptomausweitung (ICD-10 F54)
- Anamnestisch Verdacht auf Migräne (ICD-10 G43)
- Anamnestisch Verdacht auf Hirnstammischämie (ICD-10 I63) ohne Residuen
- Status nach Abtragung einer Exostose am linken Fussrücken am 21.04.2010 (ICD-10 Z98.8)
- Hyperurikämie (ICD-10 E79.0)
- Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ca. 20 packyears; ICD-10 F17.1)

In der Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, der Explorand sei für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit mit einer Gewichtslimite von 15 kg – spätestens seit Juli 2010 – zu 100% arbeits- und leistungsfähig. Diese Arbeitsfähigkeit betreffe auch die früher ausgeübte Tätigkeit in der ... (S. 25). Bei den Untersuchungen hätten sich verschiedene Diskrepanzen zwischen den Beschwerdeangaben, dem Spontanverhalten und den anamnestischen Angaben ergeben. Die Einschränkung beim Gehen könne aus somatischer Sicht nicht erklärt werden. Psychiatrisch bestehe keine Arbeitsunfähigkeit; gewisse der angegebenen Konzentrationsstörungen seien auf den übermässigen Schmerzmittelkonsum zurückzuführen, wobei eine Reduktion bzw. Entzugsbehandlung mit Medikamentenumstellung zumutbar sei. In diagnostischer Hinsicht könne weder eine Persönlichkeitsstörung noch eine mittelgradige depressive Episode bestätigt werden (S. 26).

**3.2** Den im Rahmen der Neuanschuldung eingereichten medizinischen Unterlagen ist im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.2.1** Im Bericht des Spitals E. \_\_\_\_\_, vom 24. Januar 2017 (AB 165/8) wurden folgende Diagnosen genannt:

1. Akuter Myokardinfarkt bei koronarer Dreifässerkrankung
  - 23.01.2017 Koronarangiographie und PCI mit kompletter Revaskularisation; hochgradige Stenose prox. RIVA: PTCA/DES, schwere Stenose mittlerer RIVA: PTCA/DESx2, schwere Stenose mittlerer RCX: PTCA/DES, hochgradige Stenose RCA: PTCA/DESx2, LV-EF 65%
  - Herzenzyme: OK max. 86U/l. Troponin 239ng/l
2. Chronische tieflumbale belastungsabhängige Rückenschmerzen bei:
  - Spinalkanalstenose L4/L5 bei Spondylarthrose, Flavumhypertrophie und Diskusprotusion, epidurale Infiltration L4/L5 rechts 01/2009
3. St. n. Kolonkarzinom (anamnestisch aktuell stabil)
4. Nebendiagnosen:
  - St. n. Hirnstamminfarkt 2000
  - St. n. Cholezystektomie, 03/2005
  - St. n. mehrmaligen Gichtschüben
  - Otoklerose mit St. n. Stapesplastik 1991

In der invasiven Untersuchung sei als Ursache für den akuten Myokardinfarkt eine koronare Dreifässerkrankung mit diversen Stenosen gefunden worden. Nach der Behandlung habe sich ein gutes angiographisches Resultat ohne Reststenose gezeigt. Postinterventionell seien keine relevanten Rhythmusstörungen aufgetreten und die Herzenzyme hätten sich stabil gezeigt. Der Patient sei in stabilem Allgemeinzustand verlegt worden.

**3.2.2** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 30. Juni 2017 (172/2) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Posttraumatische Belastungsstörung
- Somatische Belastungsstörung
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung
- Tramadol-Abhängigkeit
- Koronare Mehrgefässerkrankung
- Rektum-Karzinom

Es bestehe seit Ende Dezember 2008 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Seit dem Myokardinfarkt beständen eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit mit vermehrtem Schlafbedarf, gehäuft Herzstechen, vermehrte Anstrengungsdyspnoe und Angstgefühle.

**3.2.3** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 15. September 2017 (AB 178/2) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) seit ca. 1997
- Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.10) seit Jugendalter
- Somatische Belastungsstörung (ICD-10 F54.1) wahrscheinlich seit Unfall im Jahr 2007
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, histrionischen, emotional-instabilen Zügen, seit dem Erwachsenenalter
- Opioid-Abhängigkeit (Tramadol; ICD-10 F11.24) seit 2010
- Multiple somatische Erkrankungen, u.a. lumbovertebragenes Schmerzsyndrom, St. nach Karzinom des Kolons OP 2014, Status nach Herzinfarkt 2017

Es werde eine stützende Gesprächspsychotherapie durchgeführt; Psychopharmaka lehne der Patient ab. Die Entwicklung der somatischen Erkrankungen stehe im Mittelpunkt seiner Gedanken und seines Erlebens. Der Patient sei ein Opfer von vielen unglücklichen Lebensumständen. Eine psychiatrische Begutachtung wäre empfehlenswert. Eingeschränkt seien sowohl das Konzentrations- und das Auffassungsvermögen als auch die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit.

**3.2.4** In den Stellungnahmen des RAD wurde Folgendes dargelegt:

Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte am 13. Dezember 2017 aus, aus psychiatrischer Sicht scheinke keine Neu-  
beurteilung gerechtfertigt; die Arbeitsfähigkeit müsse nicht neu beurteilt werden (AB 180/7).

Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, resumierte am 22. Dezember 2017, die orthopädische Situation sei unverändert. Es könne nach wie vor auf das MEDAS-Gutachten vom 12. Dezember 2013 abgestellt werden (AB 183/2).

Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, legte am 11. Januar 2018 dar (AB 184/2), die Situation nach dem Kolon-Karzinom bzw. der ersten Operation sei anamnestisch stabil gewesen, eine Kontrollkolo-  
skopie im Juni 2016 habe zwar einen Grenzbefund mit einem verdächtigen Adenom gezeigt, das nicht sicher im Gesunden abgetragen worden sei, weshalb die nächste Kontrolle bereits nach einem Jahr vereinbart worden sei. Auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sollte diese Diagnose bei wei-  
terhin blanden Befunden aber keinen Einfluss haben. Bezüglich des Zu-  
stands nach dem Myokardinfarkt bestehe nach den Stenteinlagen ein gutes Ergebnis mit nicht eingeschränkter Herzpumpfunktion. Bei stabilem Verlauf sollte diese Erkrankung keinen entscheidenden Einfluss auf die Arbeits-  
fähigkeit haben.

**3.2.5** Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, Spital E.\_\_\_\_\_, führte im Bericht vom 5. März 2018 (AB 191/5) aus, der Be-  
schwerdeführer habe am 22. Januar 2017 einen akuten Vorderwandinfarkt im Rahmen der koronaren Herzerkrankung erlitten. Die Herzkatheter-  
Untersuchung habe formal eine koronare 3-Gefässerkrankung mit hoch-

gradigen Stenosen des RIVA, der RCX und der RCA gezeigt. Diese Stenosen seien mittels PTCA und Stenteinlage erfolgreich behandelt worden. Eine Kontrollangiographie am 22. Januar 2018 habe ein zufriedenstellendes Resultat in den intervenierten Stenosen mit einer normalen Auswurfraction gezeigt. Die koronare Herzerkrankung sei eine Erkrankung, welche mit erhöhtem Risiko für Herzinfarkt und Tod vergesellschaftet sei. Beim Beschwerdeführer bestehe eine fortgeschrittene koronare Herzerkrankung in relativ jungem Alter. Nach der Revaskularisation sei ein zufriedenstellendes Resultat mit guter Perfusion in den Herzkranzgefässen gewährleistet worden. Mit einer intensiven medikamentösen Therapie sei davon auszugehen, dass der Krankheitsprozess kontrolliert werden könne.

**3.2.6** Am 22. März 2018 legte der RAD-Psychiater Dr. med. H. \_\_\_\_\_ dar, an den RAD-ärztlichen Zumutbarkeitsprofilen (AB 183/2 [orthopädisch] und AB 184/2 [allgemeinmedizinisch]) könne festgehalten werden (AB 193).

**3.3** 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).

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 anzuge-

ben, 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).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin stützte sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung (AB 195) massgeblich auf die Stellungnahmen des RAD (AB 180/7, 183/2, 184/2, 193/2). Aktenbeurteilungen kann durchaus Beweiswert zukommen. Entsprechende Einschätzungen sind 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 und der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b; vgl. auch Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. März 2011, 9C\_58/2011, E. 2.2 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend jedoch nicht in allen Teilen der Fall (vgl. E. 3.4.4 hiernach):

**3.4.1** Was zunächst die Rückenprobleme anbelangt, ist nicht von einer relevanten Veränderung auszugehen. Der Beschwerdeführer leidet nach wie vor unter einem chronischen lumbalen Schmerzsyndrom (vgl. AB 165/16, 191/7). Diesbezüglich wird eine Veränderung weder geltend gemacht noch bestehen entsprechende Anhaltspunkte (vgl. auch AB 183/2).

**3.4.2** Sodann ist auch hinsichtlich der psychischen Situation keine Veränderung erstellt. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hat den von ihr diagnostizierten psychischen Störungen denn auch keinen neuen Charakter zugeschrieben, sondern vielmehr angegeben, sämtliche psychischen Gesundheitsschäden beständen seit vielen Jahren (AB 178/2; vgl. auch AB 165/21). Geht selbst die behandelnde Fachärztin nicht von veränderten Verhältnissen im Vergleich zum Referenzzeitpunkt aus, was im Übrigen auch der RAD-Psychiater bestätigte (AB 180/7), braucht die Frage nach der diagnostischen Einordnung der psychiatrischen Störungen nicht näher geprüft zu werden, wurde doch insbesondere eine Persönlichkeitsstörung bereits anlässlich der Exploration in der MEDAS im Jahr 2013 explizit verworfen (vgl. AB 121.1/15).

**3.4.3** In Bezug auf das Kolonkarzinom bzw. die Polypen im Darm waren nach der endoskopischen Abtragung im Jahr 2015 (AB 148/11) bei

vollständig entferntem Karzinom keine weiteren Therapiemassnahmen indiziert; auch lag keine relevante funktionelle Einschränkung vor (AB 152/2). Zwar traten im Jahr 2016 erneut Mehrfachpolypen auf, die im Juni 2016 entfernt wurden (AB 165/19), indessen wurde deswegen in der Folge weder eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit attestiert noch waren – abgesehen von der jährlichen Kontrolluntersuchung (AB 165/18) – weitere Massnahmen notwendig. Insofern ist diesbezüglich nicht von einer potentiell relevanten Veränderung im revisionsrechtlichen Sinne auszugehen, zumal der Beschwerdeführer dies auch nicht geltend macht.

**3.4.4** Was schliesslich die kardiologische Erkrankung anbelangt, liegt unbestrittenermassen eine relevante Veränderung vor. Am 22. Januar 2017 erlitt der Beschwerdeführer einen akuten Myokardinfarkt, wobei mehrere hochgradige Stenosen mittels Herzkranzgefässerweiterung sowie Stent-Implantation behandelt wurden (AB 165/11). In der Folge zeigte sich ein gutes angiographisches Resultat ohne Reststenose und mit Beschwerderückgang (AB 165/12). Indessen liegen betreffend die nachfolgenden Untersuchungen keine Befunde oder anderweitige Unterlagen vor, wie der RAD-Arzt zutreffend festhält (AB 184/2). Dessen Annahme, der Verlauf sei stabil und die Herzerkrankung sollte „keinen entscheidenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben“ (AB 184/2 unten), basiert allein auf Mutmassungen. Der Hausarzt hat Mitte 2017 denn auch angegeben, der Beschwerdeführer stehe nach wie vor in kardiologischer Rehabilitationsbehandlung mit regelmässigen Echokardiogrammen, Ergotherapie und medikamentöser Therapie, wobei „neu“ eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nach dem Herzinfarkt bestehe (AB 165/2, 172/2). Entsprechende Berichte finden sich nicht in den Akten. Aktenkundig ist allein der Bericht über die Kontrolluntersuchung im Spital E. \_\_\_\_\_ vom 22. Januar 2018 (AB 191/10), dem zu entnehmen ist, dass ein Jahr nach dem stattgehabten Myokardinfarkt weiterhin (vgl. schon AB 165/5) eine zufriedenstellende Pumpfunktion (LVEF [left ventricular ejection fraction]) von 65% gemessen wurde, der Patient – nach der initial verspürten Besserung anfangs 2017 – aber seit Sommer 2017 wieder häufiger thorakales Stechen verspüre (AB 191/10). So führt der Hausarzt die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit denn unter anderem auch auf die kardiologische Erkrankung zurück (AB 191/7). Während zudem im MEDAS-Gutachten von 2013 eine Arbeits-

fähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten angenommen wurde (AB 121.1/26), geht der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ nunmehr von einer Arbeitsfähigkeit für lediglich leichte Tätigkeiten aus (AB 184/2).

Bei diesen Gegebenheiten kann – in Bezug auf die kardiologischen Verhältnisse – nicht davon gesprochen werden, die Akten ergäben ein vollständiges Bild über den gegenwärtigen Gesundheitszustand und die entsprechenden Daten seien unbestritten (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4). Vielmehr liegen Diskrepanzen und offene Fragen vor, womit die Voraussetzungen für eine reine Aktenbeurteilung nicht gegeben sind. Hinzu kommt, dass die Einschätzung des RAD-Psychiaters Dr. med. H. \_\_\_\_\_ nicht zu überzeugen vermag. Auch RAD-Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten fachlichen Qualifikationen verfügen (Entscheid des BGer vom 14. Juli 2009, 9C\_323/2009, E. 4.3.1). Dr. med. H. \_\_\_\_\_ ist jedoch weder Internist noch Kardiologe, womit seine Einschätzung, es könne auch unter Berücksichtigung des Berichts des Herzspezialisten (AB 191/5) auf das Zumutbarkeitsprofil des RAD abgestellt werden (AB 193), nicht als abschliessende Beurteilungsgrundlage zu dienen vermag. Daran ändert – entgegen der in der Beschwerdeantwort (S. 4) vertretenen Ansicht – nichts, dass der fragliche RAD-Bericht keinen Untersuchungsbericht im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV darstellt. Zu beachten ist vielmehr, dass an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen des versicherungsinternen Arztes – wie hier – durch nachvollziehbare Berichte behandelnder Ärzte in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 ff. S. 469). Nach dem Dargelegten sind – mit Bezug auf die kardiologische Situation – an den RAD-Beurteilungen mehr als geringe Zweifel angebracht, weswegen nicht darauf abgestellt werden kann.

**3.5** Auch die übrigen im Recht liegenden ärztlichen Einschätzungen erlauben keine zuverlässige und schlüssige Beurteilung der Frage, welche Auswirkungen der Herzkrankheit zukommt. Insbesondere kann nicht abschliessend auf den Bericht des Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 5. März 2018 (AB 191/5) abgestellt werden, äussert er sich doch nicht zur hier

massgebenden Frage der Arbeitsfähigkeit. Wie er im ergänzenden Bericht vom 13. April 2018 (Beschwerdebeilage [BB] 3) selbst ausführte, ist diese durch eine unabhängige Fachperson zu prüfen.

**3.6** Nach dem Ausgeführten basiert die angefochtene Verfügung vom 3. April 2018 (AB 195) auf einem ungenügend abgeklärten Sachverhalt. Sie ist in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese in Nachachtung der Untersuchungsmaxime eine kardiologische Untersuchung veranlasse und anschliessend neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers befinde.

#### **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. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist zurückzuerstatten.

**4.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Der obsiegende Beschwerdeführer wird von lic. iur. B.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_, vertreten, welcher nicht im Anwaltsregister eingetragen ist. Seine Kostennote vom 8. September 2018 beinhaltet auch vorprozessuale Bemühungen, die nicht zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 117 V 401 E. 1a S. 402). Zu entschädigen sind somit die Aufwendungen ab dem 9. April 2018 bzw. ein Aufwand von 4.5 Stunden. Die Beschwerdegegnerin hat

dem Beschwerdeführer folglich eine Parteientschädigung von Fr. 1'211.60 (inkl. MWSt.) zu bezahlen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 3. April 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'211.60 (inkl. MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - lic. iur. 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 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.