

200 19 36 IV  
FUR/LUB/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 11. Juni 2019**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Dezember 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1964 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Januar 2013 unter Hinweis auf einen Status nach Malum perforans Grosszehe rechts mit Amputation, Vorfussabszess rechts, Diabetes mellitus Typ II, insulinpflichtig, arterielle Hypertonie, Status nach akuter Niereninsuffizienz und Status nach Präsynkope bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Nachdem die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) Abklärungen in erwerblicher sowie medizinischer Hinsicht getätigt und dabei insbesondere eine Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 6. Januar 2014 (act. II 40) eingeholt hatte, verneinte sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 42) mit Verfügung vom 6. März 2014 einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 37 % (act. II 51).

Im Juli 2017 ersuchte der Versicherte erneut um Leistungen der IV (act. II 110). Die IVB nahm wiederum medizinische und erwerbliche Abklärungen vor; sie holte namentlich einen Bericht des RAD vom 24. August 2018 (act. II 143 S. 3 ff.) ein. Mit Vorbescheid vom 30. August 2018 (act. II 144) stellte sie die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht und führte aus, die Abklärungen hätten ergeben, dass sich die gesundheitliche Situation unverändert darstelle und somit keine wesentlichen langandauernden Veränderungen mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorlägen. Weiterhin sei eine angepasste Tätigkeit in einem vollen Pensum mit einer Leistungsminderung von 15 % zumutbar. Der Einkommensvergleich der Verfügung vom 6. März 2014 habe unverändert Gültigkeit. Nach Einwand des Versicherten (act. II 145, 149) verfügte die IVB am 11. Dezember 2018 wie angekündigt (act. II 153).

### **B.**

Mit Eingabe vom 15. Januar 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung der

IV-Stelle Bern vom 11. Dezember 2018 sei aufzuheben und die Akten seien zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin unter Verzicht auf eine umfassende Stellungnahme 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 11. Dezember 2018 (act. II 153). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der IV und dabei insbesondere die Frage, ob sich seit 2014 eine anspruchsrelevante Veränderung des Sachverhalts ergeben hat.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 GSOG).

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** 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** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des

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

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

**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 bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung vom 19. Juli 2017 (vgl. act. II 110 S. 9) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft, womit die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der rentenablehnenden Verfügung vom 6. März 2014 (act. II 51) und der Verfügung vom 11. Dezember 2018 (act. II 153) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3 hiervor).

**3.2** Im Hinblick auf die Verfügung vom 6. März 2014 (act. II 51) kann den Akten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes entnommen werden:

**3.2.1** Im Operationsbericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 13. September 2012 (act. II 7.2 S. 17 f.) über die tags zuvor durchgeführte Amputation der

Grosszehe rechts wurde ein Malum perforans Dig. I Fuss rechts bei Diabetes mellitus Typ II diagnostiziert. Am 6. November 2012 erfolgte eine Resektion des zweiten Strahls. Dabei wurde als Diagnose ein diabetisches Fussyndrom, Osteitis Metatarsale II angegeben (act. II 15 S. 5 f.).

**3.2.2** Die Hausärztin Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, erwähnte im Bericht vom 27. August 2013 (act. II 31 S. 2-5) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Diabetes mellitus Typ II, insulinpflichtig (März 2010), ein diabetisches Fussyndrom, Osteitis Metatarsale II (November 2012), einen Status nach Grosszehe-Amputation rechts (September 2012) und eine diabetische Retinopathie (S. 2). Einschränkungen beständen in der Gang- und Stehfähigkeit. Ausgeübt werden sollte eine wechselbelastende Tätigkeit, sitzend, gehend, stehend, wobei vorwiegend sitzend. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Aktuell bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, bei angepasster Tätigkeit sei eine Steigerung möglich (S. 4).

**3.2.3** PD Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 2. September 2013 (act. II 36 S. 2 ff.) einen Diabetes mellitus mit peripheren Zirkulationsstörungen im Bereich beider Beine, einen Status nach Amputation im Bereich des Fusses rechts und Augenprobleme mit konsekutiven regelmässigen Lucentis-Injektionen in beide Augen. In der beruflichen Tätigkeit als ... sei der Patient zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3). Er sei eingeschränkt für längeres Stehen, grössere Gehleistung, körperlich anstrengende Arbeiten, Tragen von Lasten. Zudem beständen eine Sehschwäche und eine psychisch reduzierte Belastbarkeit. Für eine sitzende, wenig belastende Arbeit (Sortieren, Einordnen etc.) bestehe eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit (S. 4).

**3.2.4** Im Verlaufsbericht des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 17. September 2013 (act. II 35) wurde angegeben, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe. Seit der letzten Diagnosestellung habe sich keine Änderung ergeben. Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe ein Diabetes mellitus und ein diabetisches Fussyndrom. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 50 % wegen bleibend reduzierter körperlicher Belastbarkeit (S. 1).

**3.2.5** Die RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 6. Januar 2014 (act. II 40 S. 3 f.) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Diabetes mellitus mit hoher Komplikationsrate: Status nach Mal perforans, diabetische Vasculopathie, diabetische Retinopathie (fast sicher auch Nephropathie), Polyneuropathie, auf (S. 3). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein metabolisches Syndrom und anamnestisch ein Alkoholproblem. Dem Versicherten seien sitzende Tätigkeiten mit gelegentlich Aufstehen und Herumgehen bzw. wechselbelastend mit deutlich mehr Sitzen als Stehen/Gehen vollschichtig (100 % Präsenz) mit einer Leistungsfähigkeit von 85-90 % zumutbar, wobei gröbere Arbeiten möglich seien, hingegen keine Feinarbeit (wegen den Augen). Die bisherige Tätigkeit als ... sei somit nicht mehr zumutbar (S. 4).

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 6. März 2014 (act. II 51) lässt sich den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende entnehmen:

**3.3.1** Am 25. März 2014 erfolgte im Spital C.\_\_\_\_\_ eine IP-Resektion im Strahl III bei diagnostiziertem diabetischem Fussyndrom und ankyloisierter Hammerzehe III rechts (act. II 78 S. 7).

Im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2015 (act. II 78 S. 2 ff.) nannte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II, ein diabetisches Fussyndrom und einen Status nach erweiterter Zehen-amputation 1/2 rechts 2012 (S. 2). Längere stehende Tätigkeiten seien nicht möglich. Die bisherige Tätigkeit als ... sei in einem zeitlichen Rahmen von ca. 50 % mit einer verminderten Leistungsfähigkeit von ca. 20 % zumutbar (S. 4). Rein sitzende Tätigkeiten seien ganztags und wechselbelastende Tätigkeiten seien im Umfang von 4 Stunden pro Tag zumutbar (S. 6).

**3.3.2** Im Bericht der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 11. Februar 2015 (act. II 80 S. 2 ff.) wurde ausgeführt, es bestehe eine bekannte diabetische Retinopathie mit intravitrealer Therapie mit Lucentis bei Bedarf. Eine Arbeitsunfähigkeit sei keine bescheinigt worden (S. 2).

**3.3.3** Im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 11. Januar 2016 (act. II 121 S. 19) wurde ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma diagnostiziert. Die Bildgebung zeige eine Atlantodentalarthrose und Osteochondrose HWK 5/6, eine intrazerebrale Blutung und ossäre traumatische Veränderungen lägen nicht vor.

**3.3.4** Die behandelnden Ärzte des Spitals C. \_\_\_\_\_ erhoben im Bericht vom 30. November 2016 (act. II 118 S. 5 f.) als Diagnose einen Status nach konservativer Therapie einer Metacarpaleschaftfraktur IV (rechts). Die Beweglichkeit der Hand habe sich mittlerweile deutlich gebessert, der Faustschluss sei fast komplett möglich (S. 5). Eine Arbeitsunfähigkeit werde noch für einen Monat ausgestellt. Mit einer Arbeitsfreigabe könne gegebenenfalls teilweise ab Januar 2017 geplant werden. Der Patient werde aus der Behandlung entlassen (S. 6).

**3.3.5** Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Ophthalmologie, führte am 3. Februar 2017 am linken Auge eine Wiederherstellung der Vorderkammer, eine Irisreposition sowie corneosklerale limbusparallele Nähte durch und diagnostizierte eine Bulbusberstung mit Irisprolaps nach Contusio bulbi bei Unfallereignis am Vortag, eine Pseudophakie, einen Diabetes mellitus sowie einen Zustand nach mehrfachen intravitrealen Injektionen bei diabetischer Makulopathie (act. II 134 S. 12).

Am 6. Februar 2017 nahm Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ am linken Auge eine pars plana-Vitrektomie, einen Wiederverschluss der dehiszenten Verletzungswunde limbusständig sowie eine Eingabe einer Silikonendotamponade und eine antibiotische Spülung im Vorder- und Hintersegment vor (act. II 118 S. 3).

**3.3.6** Im Verlaufsbericht vom 14. September 2017 (act. II 121 S. 2-7) diagnostizierte die Hausärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Diabetes mellitus, insulinpflichtig, mit diabetischer Retinopathie rechts, Polyneuropathie und Angiopathie mit Status nach Zehenamputation und eine Bulbusverletzung linkes Auge Februar 2017 (S. 2). Seit 2015 sei vor allem eine Verschlechterung des Visus links bei vorbestehender diabetischer Retinopathie rechts eingetreten (S. 3). Seit Februar 2017 bestehe eine 100 % Arbeitsunfähigkeit. Zuvor habe der Patient nie

eine Tätigkeit aufnehmen können. Als Einschränkung bestehe ein Diabetes mit progredienter Sekundärmanifestation. Bei der Arbeit wirke sich die Visuseinschränkung aus (S. 4).

**3.3.7** Im Bericht der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2018 (act. II 134 S. 1-6) wurden als Diagnosen ein Status nach perforierender Augenverletzung (ED 3. Februar 2017) mit Amaurose links seit 13. Februar 2017 und eine nicht proliferative diabetische Retinopathie rechts seit 5. Juni 2012 genannt (S. 1). Vom 13. Januar bis 5. März 2017 sei eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Es bestehe eine funktionelle Einäugigkeit. Bei fehlendem Stereosehen sei die bisherige Tätigkeit als ... nicht mehr zumutbar (S. 3). Andere Arbeitstätigkeiten (... , ... etc.) seien nach Umschulung zumutbar (S. 4).

**3.3.8** Der RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 24. August 2018 (act. II 143) folgende Diagnosen:

**Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- 1) Traumatische perforierende Augenverletzung am 02.02.2017 links mit Bulbusberstung und Irisprolaps nach Contusio bulbi
  - 03.02.2017: Vorderkammer-Wiederherstellung, Irisreposition, corneosklerale limbusparallele Nähte
  - 06.02.2017: Pars plana-Vitrektomie, Wiederverschluss der dehiszenten Verletzungswunde limbusständig sowie Eingabe einer Silikonendotampnade mit antibiotischer Spülung im Vorder- und Hintersegment
  - vollständige Blindheit links
- 2) Diabetes mellitus Typ II
  - insulinpflichtig, HbA1C-Werte und -Verlauf nicht bekannt
  - diabetische Polyneuropathie und Angiopathie (diabetisches Fussyndrom)
  - 12.09.2012: Amputation Grosszehe rechts bei Malum perforans
  - 06.11.2012: Amputation Zehe II rechts bei Malum perforans und Osteitis Metatarsale II
  - diabetische Makulopathie rechts (siehe Diagnose 3)
- 3) Diabetische Makulopathie rechts
  - Zustand nach mehrfachen intravitrealen Injektionen mit Lucentis
  - 21.09.2017: Visus rechts unkorrigiert 0.63, korrigiert 0.7 (Fahrtauglichkeit für die 1. Medizinische Gruppe gegeben bei zusätzlicher Einäugigkeit)

**Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- 4) IP-Resektion Zehe III rechts am 25.03.2014 bei ankylosierter Hammerzehe III rechts
- 5) Pseudophakie

Aufgrund der vorliegenden Akten könne festgehalten werden, dass die seit der letzten Verfügung vom 6. März 2014 in der Zwischenzeit neu aufgetre-

tenen Gesundheitsschädigungen nicht zu einer längerdauernden Arbeitsunfähigkeit (mindestens drei Monate) oder einer wesentlichen Änderung des vom RAD am 6. Januar 2014 formulierten angepassten Leistungsprofils geführt hätten, womit eine relevante Verschlechterung seit der erwähnten Verfügung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ausgewiesen sei. Wegen der diabetischen Spätschäden bestünden Einschränkungen für körperlich mittelschwere bis schwere sowie für vorwiegend stehende und gehende Tätigkeiten. Feinarbeiten seien nicht möglich (S. 4).

**3.4** 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).

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).

**3.5** In medizinischer Hinsicht basiert die angefochtene Verfügung vom 11. Dezember 2018 (act. II 153) im Wesentlichen auf der Aktenbeurteilung von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 24. August 2018 (act. II 143 S. 3 ff.). Der RAD-Arzt untersuchte den Beschwerdeführer nicht persönlich, sondern verfasste seinen Bericht einzig aufgrund der Akten. Zwar können auch reine Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. März 2018, 9C\_524/2017, E. 5.1). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65). Wie nachfolgend dargelegt, bestehen vorliegend zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit dieser Aktenbeurteilung, weshalb sie zur abschliessenden Beurteilung des Leistungsgesuchs nicht geeignet ist.

**3.5.1** Was zunächst den Diabetes, das leichte Schädel-Hirn-Trauma sowie die Lumboischialgie anbelangt, ist nicht von einer relevanten Veränderung auszugehen. Der Diabetes sowie dessen Folgen bezüglich Geh- und Stehfähigkeit (diabetisches Fussyndrom mit Status nach Grosszehen-Amputation rechts) sind gegenüber dem Referenzzeitpunkt im März 2014 (act. II 51) im Wesentlichen unverändert geblieben. Nach der am 25. März 2014 im Spital C. \_\_\_\_\_ erfolgten IP-Resektion bei ankylosierter Hammerzehe III rechts (act. II 78 S. 7) hielt der behandelnde Chirurg Dr. med. G. \_\_\_\_\_ am 6. Februar 2015 fest, dass dem Beschwerdeführer längere stehende Tätigkeiten nicht (mehr) und die bisherige Tätigkeit als ... zu einem Pensum von 50 % mit einer Leistungsminderung von 20 % möglich seien (act. II 78 S. 4). Rein sitzende Tätigkeiten seien ihm ganztags und wechselbelastende Tätigkeiten 4 Stunden pro Tag seit April 2014 (ohne Leistungsminderung) zumutbar (act. II 78 S. 6). Dies entspricht dem von der RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofil vom

6. Februar 2014, wonach sitzende Tätigkeiten mit gelegentlich Aufstehen und Herumgehen bzw. wechselbelastend mit deutlich mehr Sitzen als Stehen/Gehen vollschichtig (mit einer Leistungsminderung von 10-15 % wegen der Augenproblematik) zumutbar sind (act. II 40 S. 4). Das am 8. Januar 2016 erlittene leichte Schädel-Hirn-Trauma (act. II 121 S. 19 f.) führte nicht zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit und „neue“ lumbale Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sind nicht ausgewiesen. Der Beschwerdeführer verwies diesbezüglich allein auf den Befundbericht des LWS-MRI vom 19. Mai 2014 (act. II 118 S. 8; Beschwerde S. 4 Art. 3), welcher kurz nach der Verfügung vom 6. März 2014 (act. II 51) erstellt wurde und auf eine bereits seit längerer Zeit vorbestehende Pathologie hindeutet. Die degenerativen Veränderungen können kaum in der kurzen Zeit seit dem Referenzzeitpunkt entstanden sein und der Spinalkanal war gemäss Einschätzung des Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, wohl sogar bereits kongenital eng gelegt (act. II 118 S. 8). Es bestehen – entgegen der Argumentation in der Beschwerde (S. 5 Art. 3) – keine Hinweise auf Wurzelirritationen. Zwar kommt es wohl zum Wurzelkontakt L4, es sind jedoch weder eigentliche Reizungen oder Schädigungen der Nervenwurzel (Radikulopathie) noch neurologische Ausfallerscheinungen dokumentiert. Der Beschwerdeführer legt auch keine aktuellen Arztberichte vor, welche die von ihm erwähnte Lumboischialgie näher substantiiert.

**3.5.2** In Bezug auf die am 9. August 2016 erlittene Mittelhandfraktur rechts (act. II 118 S. 5 f., act. II 121 S. 11-18) sind nach der konservativen Behandlung keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Residuen verblieben, jedoch wurde offenbar von Anfang an bis Ende Dezember 2016 (also mehr als drei Monate) eine Arbeitsunfähigkeit als ... attestiert (act. II 118 S. 5 f.). Da die Bewegungseinschränkung der rechten Hand nicht mit dem von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofil (act. II 40 S. 4) vereinbar ist, war der Beschwerdeführer in dieser Zeit wohl auch leidensadaptiert eingeschränkt, worin allenfalls bereits ein Neuanmeldungsgrund zu erblicken wäre. Wie es sich damit verhält, kann aber offen bleiben (vgl. E. 3.5.3 hiernach).

**3.5.3** Was schliesslich die im Februar 2017 eingetretene Augenverletzung links – die zweimal operativ versorgt werden musste und zu einer vollstän-

digen Blindheit auf dem linken Auge geführt hat (act. II 118 S. 3, act. II 134 S. 1-6, 12) – anbelangt, ist nach der aktuellen medizinischen Aktenlage unklar, ob eine relevante gesundheitliche Verschlechterung vorliegt. Im Vergleich zum Referenzzeitpunkt im März 2014 (act. II 40 S. 3 f.) führte der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 24. August 2018 als neue Diagnose eine traumatische perforierende Augenverletzung links mit Bulbusberstung und Irisprolaps nach Contusio bulbi auf (act. II 143 S. 4). Eine neue Diagnose bedeutet für sich zwar keine revisions- bzw. neuanmeldungsrechtliche Gesundheitsverschlechterung (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Im Einzelfall kann es denn auch sein, dass sich aus der funktionellen Einäugigkeit überhaupt keine quantitative Arbeitsunfähigkeit ergibt (vgl. Entscheid des BGer vom 9. November 2012, 9C\_754/2012, E. 2.3.2). Zudem bietet der ausgeglichene Arbeitsmarkt ohne weiteres auch Tätigkeiten, welche kein räumliches Sehen oder Stereosehen erfordern (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 22. März 2000, I 419/99, E. 4). Jedoch gibt es ebenso Konstellationen, bei denen aus der einseitigen Erblindung eine Leistungseinschränkung resultiert. Dies mit der Begründung, dass ohne die Fähigkeit räumlichen Sehens für die meisten Tätigkeiten mehr Zeit benötigt wird, da dabei vermehrte Kontrollen durchgeführt werden müssen und bei nur einem funktionellen Auge wegen dieser erhöhten Aufmerksamkeit eine schnellere allgemeine Ermüdung auftritt (vgl. Entscheid des EVG vom 15. März 2006, U 471/05, E. 4.1). Neben der beim Beschwerdeführer seit mehreren Jahren bestehenden diabetischen Retinopathie, die Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Zumutbarkeitsprofil vom 6. Januar 2014 berücksichtigte (keine Feinarbeit; act. II 40 S. 4), kann sich somit wegen des zwischenzeitlich eingetretenen Verlusts des Stereosehens/räumlichen Sehens sowie dem reduzierten Gesichtsfeld eine zusätzliche quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Seitens der Klinik H. \_\_\_\_\_ gab Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Ophthalmologie, zwar an, theoretisch sei jede Arbeitstätigkeit möglich, für die kein Stereosehen notwendig sei (act. II 134 S. 5 Ziff. 1.13) bzw. nach einer Umschulung seien andere Tätigkeiten (... , ... etc.) als die angestammte Beschäftigung zumutbar (act. II 134 S. 4 Ziff. 1.9). Soweit er dabei trotz fehlendem Visus links implizit medizinisch-theoretisch eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit postulierte, fehlt hierfür jedoch eine überzeugende Begründung, zumal sich gleichzeitig der (korrigierte) Visus auf dem rechten Auge

seit 2016 von 1.0 auf 0.7 reduzierte (act. II 121 S. 4 Ziff. 1.7, act. II 134 S. 9 f.) und der Beschwerdeführer sich auch bereits im presbyopen Alter befindet, was zu einer noch ausgeprägteren Ermüdbarkeit führen könnte (vgl. U 471/05, E. 4.1). Am 14. September 2017 berichtete die Hausärztin denn auch, dass seit 2015 vor allem eine Verschlechterung des Visus links eingetreten sei und sich die Visuseinschränkung bei der Arbeit auswirke; sie attestierte dem Beschwerdeführer eine 100 % Arbeitsunfähigkeit. Der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ setzte sich mit diesen Aspekten nicht auseinander.

Bei diesen Gegebenheiten kann – in Bezug auf die ophthalmologischen Verhältnisse – nicht davon gesprochen werden, die Akten ergäben ein vollständiges Bild über den gegenwärtigen Gesundheitszustand und die entsprechenden Daten seien unbestritten (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Vielmehr liegen offene Fragen und Diskrepanzen vor, womit die Voraussetzungen für eine reine Aktenbeurteilung nicht gegeben sind. Namentlich ist zu prüfen, ob und gegebenenfalls inwieweit sich der Verlust des Stereosehens auf die grundsätzlich zumutbaren sitzenden (bzw. wechselbelastenden mit deutlich mehr Sitzen als Stehen/Gehen) Tätigkeiten auswirkt und ob es bei diesen veränderten Gegebenheiten bei der seinerzeit definierten Leistungseinschränkung von 10-15 % (act. II 40 S. 4) bleibt. Hinzu kommt, dass auch RAD-Ärzte über die im Einzelfall gefragten fachlichen Qualifikationen verfügen müssen (Entscheid des BGer vom 14. Juli 2009, 9C\_323/2009, E. 4.3.1). Dr. med. J. \_\_\_\_\_ ist Internist, womit seine Einschätzung, das bisherige angepasste Leistungsprofil habe weiterhin Gültigkeit (act. II 143 S. 5), nicht als abschliessende Beurteilungsgrundlage zu dienen vermag.

**3.6** Nach dem Dargelegten basiert die angefochtene Verfügung vom 11. Dezember 2018 (act. II 153) auf einem ungenügend abgeklärten Sachverhalt. Sie ist in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines bidisziplinären (internistisch/ophthalmologisch) verwaltungsexternen Gutachtens und anschliessender neuer Verfügung zurückzuweisen.

#### **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 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**4.2** 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).

Die von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ eingereichte Kostennote vom 3. Juni 2019 mit einem zeitlichen Aufwand von 4.75 Stunden ist nicht zu beanstanden. Gestützt auf diese Kostennote wird die Parteientschädigung des Beschwerdeführers für das vorliegende Verfahren auf Fr. 1'585.90 (Honorar Fr. 1'330.-- [4.75 h à Fr. 280.--], Auslagen Fr. 142.50, MWSt. Fr. 113.40) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 11. Dezember 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 ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'585.90 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.