

200 23 100 IV
KOJ/LUB/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Juli 2023

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. Januar 2023



Sachverhalt:

A.

Dem 1969 geborenen A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) sprach die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten der MEDAS C. _____ vom 23. März 2021 (Akten der IVB [act II] 177.1-6) mit Verfügung vom 23. Dezember 2021 (act. II 188) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 60 % ab April 2019 eine Dreiviertelsrente zu (act. II 188). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im Mai 2022 stellte der Versicherte ein Revisionsgesuch und machte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (act. II 203). In der Folge tätigte die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen, insbesondere holte sie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 212). Mit Vorbescheid vom 29. Juli 2022 stellte sie dem Versicherten die Ablehnung einer Rentenerhöhung in Aussicht, da keine fortwährende Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei (act. II 214). Nach Einwand (act. II 219, 226) und Einholung einer Stellungnahme des RAD (act. II 228) verfügte die IVB am 6. Januar 2023 (act. II 229) dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Mit Eingabe vom 8. Februar 2023 erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der angefochtene Entscheid sei aufzuheben.
2. Die Angelegenheit sei zur korrekten medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Es sei dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, unter Beiordnung des unterzeichnenden Anwaltes als amtlicher.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Bezugnehmend auf die Verfügung des Instruktionsrichters vom 13. Februar 2023 stellte der Beschwerdeführer dem Gericht am 6. März 2023 eine Verfügung des Sozialdienstes ... und einen Arztbericht zu.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. März 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 17. März 2023 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut und ordnete dem Beschwerdeführer Fürsprecher B. _____ als amtlicher Anwalt bei.

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 6. Januar 2023 (act. II 229). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

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 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung vom 6. Januar 2023 (act. II 229) betrifft das im Mai 2022 gestellte Revisionsgesuch, weshalb die Prüfung nach den seit dem 1. Januar 2022 geltenden Normen zu erfolgen hat (vgl. denn auch lit. b Abs. 1 und 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020).

2.2 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). Für die Beurteilung des Vorliegens 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).

2.3

2.3.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100% erhöht (lit. b). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanschuldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

2.3.2 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).

2.3.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist u.a. bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.3.4 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

2.3.5 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 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf das Revisionsgesuch vom Mai 2022 (act. II 203) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 23. Dezember 2021 (act. II 188) – mit welcher ab April 2019 eine Dreiviertelrente zugesprochen wurde – und der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2023 (act. II 229; vgl. E. 2.3.4 hiavor) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.3 hiavor).

3.2 Die rentenzusprechende Verfügung vom 23. Dezember 2021 (act. II 188) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS C. _____ vom 23. März 2021, bestehend aus psychiatrischen, neurologischen, allgemein-internistischen und neuropsychologischen Untersuchungen (act. II 177.1-6). In der inter-

disziplinären Gesamtbeurteilung stellten die Experten folgende Diagnosen (act. II 177.1 S. 16 f. Ziff. 4.2):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Status nach Subarachnoidalblutung bei Ruptur eines Aneurysmas der Arteria communicans anterior rechts am 3.1.2007 mit
 - Coiling (02/07) und Clipping (04/08) des Aneurysmas
 - Anlage eines ventrikuloperitonealen Shunts bei sekundärem Hydrozephalus am 04.02.2007
 - Status nach Kraniotomie und Clipping eines grössenprogredienten Zweitaneurysmas der Arteria cerebri media links am 17.1.2017
 - Postoperative Ischämie im Bereich der Corona radiata links mit aphatischen Symptomen
 - Status nach Bohrlochtrepanation links und Evakuierung eines chronischen Subduralhämatoms am 22.2.2017 bei V.a. Shuntüberdrainage
 - Strukturelle Epilepsie mit sekundär generalisierten Anfällen (EM 1.9.2011) mit
 - 2 generalisierten Frühanfällen postoperativ 01/2017
 - Fraglichen partiellen Anfällen und nächtlichen Manifestationen
 - Unter antikonvulsiver Behandlung mit Oxcarbazepin
 - Organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma ICD10 F07.2
 - Dissoziative Störung ICD 10 F44 / DD F06.5
 - Status nach depressiver Episode, gegenwärtig remittiert
- In ihrer Ausprägung nicht-authentische neuropsychologische Störung in den Bereichen Aufmerksamkeit, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, mnestiche Funktionen, Exekutivfunktionen und Sprache mit/bei
 - Aggravation
- Schweres obstruktives Schlafapnoe-Hyperpnoe-Syndrom, ED 03/16
 - derzeit unbehandelt (Malcompliance)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Adipositas Grad I-II
- Implantation eines Ereignisrekorders parasternal links 10/2020 bei V.a. rhythmogene Synkopen
 - Erste Nachkontrolle 01/2021 ohne Nachweis von Rhythmusstörungen

Gesamtmedizinisch müsse festgehalten werden, dass bei komplexer Krankengeschichte seit Jahren die subjektiv geäusserten Beschwerden nicht vollumfänglich einem sicheren organischen (oder auch psychogenen) Leiden hätten zugeordnet werden können. Unbestritten seien die schwerwiegenden neurologischen Erkrankungen im Sinne des rupturierten Aneurysmas der Arteria communicans anterior rechts mit Subarachnoidalblutung sowie eines Aneurysmas der Arteria cerebri media links mit den notwendigen konsekutiven wiederholten neurochirurgischen Eingriffen. Zusätzlich bei sekundärem Hydrozephalus Shunteinlage und Ausräumung eines chronischen Subduralhämatoms infolge wahrscheinlicher Shunt-

Überdrainage. Auf der Basis dieser organischen Befunde seien Residuen im Sinne von epileptischen Äquivalenten resp. kognitiven Beeinträchtigungen ohne weiteres möglich (act. II 177.1/14). Psychiatrisch komme hinzu, dass bereits im Dezember 2007 nach gescheitertem Arbeitsversuch neuropsychologisch schwere Hirnfunktionsstörungen vorwiegend im Bereich des Gedächtnisses sowie der Exekutivfunktionen festgehalten worden seien, wobei bereits damals die verminderten Leistungen in den rechnerischen sowie räumlich-konstruktiven Fähigkeiten eher mit dem prämorbidem Leistungsniveau in Zusammenhang gebracht worden seien. Gesamtmedizinisch zeige sich daher aktuell eine Diskrepanz zwischen den klinischen (psychiatrischen) Befunden, den Angaben des Beschwerdeführers und seiner Gattin sowie den Akten einerseits und den aktuell gefundenen neuropsychologischen Testresultaten andererseits. Rein neuropsychologisch könne eine Validität der Befunde nicht attestiert werden. Zum einen seien die hirnorganischen Anteile, die einfache Struktur des Beschwerdeführers mit erheblichem (subjektivem) Krankheitserleben und die damit verbundene Entwicklung dissoziativer Anteile wesentlich, zum anderen spiele die Aggravation eine (nicht führende) Rolle (act. II 177.1/15). Aufgrund der langen Krankengeschichte und dem damit verbundenen schweren Krankheitserleben sei der Beschwerdeführer aktuell dekonditioniert, d.h. er sei schweren körperlichen Belastungen nicht gewachsen. Qualitative Einschränkungen beständen aufgrund der Epilepsie. Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Tätigkeiten an Maschinen mit Verletzungsgefahr sowie das Führen von Motorfahrzeugen seien nicht möglich. Aktuell bestehe auch eine Einschränkung der Gesamtleistungsfähigkeit aufgrund des unbehandelten Schlafapnoe-Syndroms. Schliesslich beständen multifaktoriell bedingte kognitive Einschränkungen, Einschränkungen in der Planung und Strukturierung von Aufgaben, verminderte Umstellfähigkeit, Kompetenzverlust, Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit etc. Es beständen insgesamt Einschränkungen in multiplen Funktionen im Sinne des Mini-ICF (act. II 177.1/17). Im Rahmen der verschiedenen Untersuchungen hätten sich ganz erhebliche Inkonsistenzen ergeben, führend seien dabei die neuropsychologischen Testresultate gegenüber den subjektiven Angaben bzw. dem gezeigten kognitiven Bild im Rahmen der Untersuchungen. Es handle sich hierbei um einen einfach strukturierten Beschwerdeführer, der im Rahmen der schweren somatischen Erkrankungen auch subjektiv ein

schweres Krankheitserleben zeige, mindestens zeitweise auch affektiv im Sinne eines reaktiven depressiven Geschehens durch diese Erkrankungen betroffen gewesen war, auch dissoziative Anteile entwickelt habe (act. II 177.1/18). Aus psychiatrischer Sicht könne gesagt werden, dass das Krankheitserleben nicht nur im Sinne einer bewusstseinsnahen Täuschung interpretiert werden könne, sondern auch als unbewusstes Verhalten. Deswegen müsse eine bewusstseinsnahe Komponente im Verhalten angenommen werden, die unter Berücksichtigung des gesamten Krankheitsgeschehens jedoch nicht als führend wahrgenommen werde. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit nicht mehr einsetzbar. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aktuell eine Restarbeitsfähigkeit. Zumutbar seien einfache serielle Tätigkeiten ohne hohe Ansprüche an kognitive Ressourcen und ohne hohen Zeitdruck. Dabei bestehe ein vermindertes Rendement. Gesamtmedizinisch werde die Restarbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit auf max. 40 % geschätzt (act. II 177.1/19).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 23. Dezember 2021 (act. II 188) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vermerkte im Verlaufsbericht vom 24. Februar 2022 (richtig wohl 24. März 2022 [siehe Eingangsstempel IVB sowie act. II 198]) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Seit der letzten Diagnosestellung habe sich keine Änderung ergeben. Aktuell sei der Beschwerdeführer hospitalisiert wegen eines epileptischen Anfalls (März 2022). Es beständen neuropsychologische Defizite. Ohne familiäre Betreuung sei keine selbständige Führung des Haushalts möglich. Die gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % (act. II 199/1); eine Arbeit sei nicht möglich (act. II 199/2).

3.3.2 Im (undatierten) Bericht des Spitals E._____, zur Hospitalisation vom 19. bis 20. März 2022 auf der neurologischen Bettenstation wurde ein Status epilepticus bei vorbekannter struktureller Epilepsie am 19. März 2022 diagnostiziert (act. II 201/4). Aufgrund der typischen Anamnese und passenden klinischen Befunden mit Todd'scher Parese rechts und Gefässterritorien überschreitender postiktaler Hypoperfusion im Schädel-CT sei

von einem erneuten epileptischen Anfall auszugehen. Klinisch und laboranalytisch beständen keine Hinweise auf Provokationsfaktoren, weshalb eine Steigerung der anfallsunterdrückenden Therapie und eine vorübergehende Abschirmung mit Urbanyl empfohlen werde (act. II 201/6). Die weiteren Abklärungen mit CT-Angio des Schädels hätten keine radiologischen Auffälligkeiten gezeigt. Im Verlauf habe sich das neurologische Zustandsbild normalisiert mit anschliessend gutem Kraftgrad. Die Evaluation von VP-Shunt habe keinen Hinweis auf einen Hydrocephalus und damit schlechte Shunt-Lage gezeigt. Am Tag nach der Aufnahme habe sich der Beschwerdeführer vollständig adäquat gezeigt. Laborchemisch bestehe kein Hinweis für einen Infekt, jedoch eine isolierte Erhöhung von Gamma-Gluteamyltransferase. Auf Wunsch des Beschwerdeführers sei der Austritt nach Hause erfolgt mit Verlaufskontrolle in der Epilepsie-Sprechstunde in drei Monaten (act. II 201/7).

3.3.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Neurologie, führte im Bericht vom 13. Juli 2022 aus, der Beschwerdeführer habe einen Status epilepticus erlitten, welcher ohne ICU (Intensive Care Unit) habe durchbrochen werden können. Es handle sich um eine grundsätzlich lebensbedrohliche Situation. Da diese innert relativ kurzer Zeit habe behandelt werden können, der Beschwerdeführer auch am Folgetag nach Hause habe zurückgehen können, sei nicht mit längerfristigen Folgen im Sinne einer längerdauernden gesundheitlichen Verschlechterung zu rechnen bzw. aufgrund der objektiven Befunde sei eine Verschlechterung des Gesundheitsschadens nicht ausgewiesen (act. II 212/3).

3.3.4 Im Bericht des Spitals E. _____ vom 10. Oktober 2022 wurden folgende Diagnosen gestellt (act. II 226/2 f.):

1. Strukturelle Epilepsie, Erstdiagnose 2011
 - im Rahmen der Diagnose 2
 - Neuropsychologie 08/21: Mittelschwere mnestiche, leicht bis mittelschwere exekutive sowie leichte attentionale Funktionseinschränkungen
2. Status nach Subarachnoidalblutung aus rupturiertem Aneurysma der A. communicans anterior 2007
 - Status nach Coiling und Clipping sowie Status nach ventrikuloperitonealer Shunteinlage bei sekundärem Hydrocephalus 2007
3. Status nach am ehesten periinterventioneller Ischämie Corona radiata links 2017
 - bei Status nach Clipping eines grössenprogredienten Aneurysmas der A. cerebri media links 2017

- Residuell leichtes motorisches Hemisyndrom rechts und Wortfindungsstörungen
- 4. Status nach transienten Bewusstlosigkeiten, differentialdiagnostisch am ehesten Synkopen entsprechend, 07-10/2019 sowie Frühling 2020
 - kardiologische Untersuchung bisher ohne Hinweise für eine Ursache, Reveal-Implantation 01/2021 erfolgt
- 5. Schweres obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom, Erstdiagnose 2016
 - unter CPAP
- 6. klinischer V.a. beginnende distale Polyneuropathie der unteren Extremität bds.
- 7. Muskelschmerzen der proximalen Oberschenkel bds. unklarer Ätiologie
 - im Labor keine Auffälligkeit in den Muskelenzymen, Vitamin D-Mangel
- 8. Weitere Diagnosen:
 - Durchschlafinsomnie
 - Status nach unklaren nächtlichen Ereignissen (differentialdiagnostisch funktionell/psychogen) 03-10/2017
 - Neuropsychologische Defizite, zuletzt 04/2019 getestet (insgesamt leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen im Bereich des Gedächtnisses sowie in Teilbereichen der Exekutivfunktionen und der Sprache; insgesamt minimale bis leichte Abweichungen in Teilbereichen der Aufmerksamkeit)
 - Low fT4 bei normalem TSH und fT3
 - Vitamin D Mangel

Unter der anfallsunterdrückenden Therapie habe sich ein bilateral tonisch klonischer Anfall manifestiert. Das aktuelle EEG habe keine epilepsietypischen Signale gezeigt. Bei erhöhtem Rezidivrisiko für epileptische Anfälle aufgrund potentiell epileptogener zerebraler struktureller Veränderungen und fehlender Anfallsfreiheit werde die Fortführung der gut vertragenen anfallsunterdrückenden Therapie empfohlen. Zusätzlich werde die Wiederaufnahme der nächtlichen Überdruckventilation zur Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe empfohlen. Die Fahreignung sei aus epileptologischer Sicht für die Fahrzeugkategorien A/A1 und B/B1 nicht gegeben. Die Ursache der proximalen Beinschwäche sei unklar, die Polyneuropathie erkläre dies nicht. Laboranalytisch hätten sich keine Hinweise auf eine Statin-induzierte Myopathie bei normwertiger CK gefunden. Zusätzlich hätten sich ein erniedrigtes fT4 gefunden, bei normalem TSH und fT3 und eine Hypovitaminose D, CK und Transaminasen seien unauffällig gewesen (act. II 226/9).

3.3.5 Im RAD-Bericht vom 30. Dezember 2022 führte Dr. med. F. _____ aus, die Ursache für die erhöhte Müdigkeit des Beschwerdeführers sei die Malcompliance der nächtlichen Maskentherapie und es fänden sich aktuell keine Hinweise auf eine verschlechterte Kognition. Die mögliche beginnende Polyneuropathie bei vollständig normalen Gangprüf-

fungen führe zu keinen neuen funktionellen Einschränkungen. Es würden neu Beinschmerzen angeführt, welche nach kurzer Zeit aufträten und es sei eine Weiterabklärung an die neuromuskuläre Sprechstunde des Spitals E. _____ geplant. Es handle sich aktuell um eine rein subjektive Symptomatik, welche nach ca. zwei bis drei Minuten Gehen auftrete und der Beschwerdeführer scheine deswegen bisher keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen zu haben und es sei auch keine Behandlungsaktivität ausgewiesen, was den Leidensdruck in Frage stelle. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lasse sich mit den vorliegenden Angaben nicht begründen (act. II 228/3).

3.3.6 Am 3. März 2023 bestätigte Dr. med. D. _____ zu Handen des Rechtsvertreters, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers seit mehr als zwei Jahren verschlechtert habe, wie er dies auch schon im Bericht vom 24. Februar 2022 (richtig wohl 24. März 2022; vgl. E. 3.3.1 hiervor) angegeben habe. Im Vordergrund ständen unklare Anfälle – am ehesten "kleine" epileptische Episoden unter medikamentöser Therapie, welche wiederholt und zunehmend zu Notfallbehandlungen und Wechsel der anti-epileptischen Medikation geführt hätten. Diese Anfälle würden seit mehr als einem Jahr auch von den Herzspezialisten des Spitals E. _____ mit einer kontinuierlichen Fernüberwachung abgeklärt, wobei es aussehe, dass die registrierten Herz-Rhythmusstörungen nicht ursächlich für die Episoden seien. Die Situation sei medizinisch komplex, da zusätzlich ein Schlafapnoe-Syndrom bestehe, welches mit einer nächtlichen Maskenbehandlung therapiert werde. Gemäss dem Beschwerdeführer werde die Maske schlecht toleriert, er habe häufig Albträume und müsse die Maske dann abziehen. Die beklagte extreme Müdigkeit sei sicher multifaktoriell (medikamentöse Nebenwirkung, allgemeine Dekonditionierung, Adipositas, Schlaf-Apnoe-Syndrom mit Schlafmangel). Aktuell sei eine Beschäftigung in der G. _____ aufgrund der neuropsychologischen Ausfälle und der Müdigkeit kaum möglich und der Transport sei teilweise gefährlich (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4 [= act. II 231/4]).

3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen 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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). 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. 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; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Auch reine Aktengutachten können 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 (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.5 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2023 (act. II 229) massgeblich auf die RAD-Aktenbeurteilungen der Dr. med. F. _____ vom 13. Juli 2022 (act. II 212/2 f.) und 30. Dezember 2022 (act. II 228/2 f.). Diese erfüllen die

höchstrichterlichen Beweisanforderungen an einen Aktenbericht und erbringen vollen Beweis. Dass die RAD-Ärztin keine klinische Exploration des Beschwerdeführers durchführte (Beschwerde S. 3 Ziff. III, 3), ist nicht zu beanstanden, konnte sie sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. E. 3.4 hiervor). Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet.

Der Beschwerdeführer war aufgrund eines epileptischen Anfalls vom 19. bis 20. März 2022 zur Überwachung auf der neurologischen Bettenstation des Spitals E._____ hospitalisiert. Im Rahmen dieser Überwachung zeigte die CT-Angio-Untersuchung keine Auffälligkeiten. Im Verlauf normalisierte sich das neurologische Zustandsbild mit anschliessend gutem "Kraftgrad". Die neurochirurgischen Abklärungen betreffend VP-Shunt offenbarten keinen Hinweis auf einen Hydrocephalus und damit eine schlechte Shunt-Lage, und laborchemisch bestand auch kein Hinweis für einen Infekt. Der Beschwerdeführer zeigte sich denn auch bereits am Tag nach der Aufnahme im Spital vollständig adäquat und er konnte wunschgemäss nach Hause entlassen werden mit Verlaufskontrolle in der Epilepsie-Sprechstunde in drei Monaten (act. II 201/7). Anlässlich dieser geplanten Kontrolle vom 12. September 2022 wurde anamnestisch festgestellt, dass es dem Beschwerdeführer von der Epilepsie her gut gehe und er keine neuen Anfälle oder Attacken bemerkt habe (act. II 226/3). In der krankenspezifischen Vorgeschichte wurde im hier interessierenden Zeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) denn auch einzig ein einmaliger tonisch-klinischer Anfall festgehalten (act. II 226/6). Die zusätzliche EEG-Untersuchung vom selben Tag zeigte ebenfalls keine epileptischen Signale und war im Vergleich zu derjenigen vom 3. Februar 2021 im Wesentlichen unverändert (act. II 226/7). Empfohlen wurde die Fortführung und Steigerung der medikamentösen Therapie und Wiederaufnahme der nächtlichen Schlafapnoe-Behandlung (act. II 226/9); eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht bescheinigt.

Unter diesen Umständen überzeugen die Folgerungen der RAD-Ärztin Dr. med. F._____, wonach nicht mit einer längerdauernden gesundheit-

lichen Verschlechterung zu rechnen sei bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitsschadens nicht ausgewiesen sei (act. II 212/3). Ebenso sind die übrigen Feststellungen der RAD-Ärztin im Bericht vom 30. Dezember 2022 (act. II 222/3) plausibel und schlüssig begründet. So führte Dr. med. F._____ überzeugend aus, dass keine Hinweise für eine (weiter) verschlechterte Kognition bestehen. Die erhöhte Müdigkeit war bereits bei der Begutachtung durch die MEDAS C._____ bekannt – berichtete der Beschwerdeführer doch schon damals über eine Tagesmüdigkeit (act. II 177.2/15) – und fand auch Berücksichtigung im Gutachten. Im Rahmen des gutachterlich diagnostizierten Schlafapnoe-Syndroms wurde die Therapie wegen der Malcompliance als ungenügend bezeichnet (act. II 177.2/21 Ziff. 7.2) und empfohlen wurde die diesbezügliche Behandlungsaufnahme zur Verbesserung der Müdigkeitsproblematik (act. II 177.1/22 Ziff. 4.11.2). Der Hausarzt Dr. med. D._____ beschreibt in seiner Stellungnahme vom 3. März 2023 weiterhin eine ungenügende Behandlung dieser Problematik mittels Maske und bestätigt selbst einen Zusammenhang mit der geklagten Müdigkeit (act. I 4=act. II 231./4). Eine Wiederaufnahme der Masken-Behandlung wird sodann auch aktuell von den Behandlern im Spital E._____ empfohlen (act. II 226/9). Im Übrigen gingen schon die MEDAS C._____ -Gutachter von multifaktoriell bedingten Einschränkungen aus (act. II 177.1/17 Ziff. 4.3) und sie sprachen dem Beschwerdeführer ebenfalls bereits zu dieser Zeit die Fahreignung ab (act. II 177.1/17, act. II 226/9). Ebenso überzeugt, wenn die RAD-Ärztin ausführte, die möglich beginnende Polyneuropathie führe bei vollständig normalen Gangprüfungen zu keinen neuen funktionellen Einschränkungen (act. II 228/3). Hinzu kommt, dass es sich hierbei ohnehin einzig um eine Verdachtsdiagnose handelt und eine entsprechende Gesundheitsschädigung damit nicht fachärztlich einwandfrei diagnostiziert ist, weshalb dieser schon aus diesem Grund keine Relevanz zukommt. Mit Blick darauf vermögen ebenfalls die Berichte von Dr. med. D._____ keine auch nur geringen Zweifel an den Beurteilungen der RAD-Ärztin zu begründen. Soweit der Hausarzt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (act. II 191/1 Ziff. 11), wird diese nicht begründet, und die weitere Feststellung, es sei keine Arbeit möglich, wird dadurch relativiert, dass der Beschwerdeführer in einem Beschäftigungsprogramm der G._____ mitwirkt (act. II 191/2 Ziff. 12). Des Weiteren sind die in seiner Stellungnahme vom 3. März 2023

erwähnten "unklaren Anfälle" mit wiederholten Notfallbehandlungen etc. (act. I 4=231/4) im Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) nicht dokumentiert. Bezüglich der Ausführungen von Dr. med. D. _____ ist zudem auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3).

Was schliesslich die ebenfalls thematisierte Unabhängigkeit der RAD-Ärztin Dr. med. F. _____ anbelangt (Beschwerde S. 2 Ziff. III, 3), ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass die Unabhängigkeit des RAD hinsichtlich medizinischer Entscheidungen gesetzlich verankert ist (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 8; richtig aber Art. 54a Abs. 4 IVG). Weiter ist gesetzlich vorgeschrieben, dass der RAD den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung steht (Art. 54a Abs. 2 IVG) und er die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich festlegt (Art. 54a Abs. 2 IVG). Er ist daher im medizinischen Sachentscheid unabhängig und nicht weisungsgebunden. Im Übrigen bestehen auch keinerlei Anhaltspunkte, welche gegen die Unabhängigkeit der RAD-Ärztin sprechen würden. Es kann dem Beschwerdeführer damit nicht gefolgt werden, dass die Ausführungen von Dr. med. F. _____ reine Parteibehauptungen darstellen, vielmehr handelt es sich um unabhängige fachärztliche Beurteilungen (vgl. auch E. 3.4 hiervor).

3.6 Nach dem Dargelegten ist der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt, weshalb – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 2 f. Ziff. I und III) – für weitere Abklärungen kein Anlass besteht (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

Zusammenfassend liegt im hier zu beurteilenden Zeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) keine relevante Veränderung des Gesundheitszustands im Sinne eines Revisionsgrundes vor (vgl. E. 2.3.3 hiervor). In erwerblicher Hinsicht ist ebenfalls kein Revisionsgrund erstellt und ein solcher wird auch nicht gel-

tend gemacht. Mangels eines Revisionsgrundes erübrigt sich eine Bemessung des Invaliditätsgrades. Die angefochtene Verfügung vom 6. Januar 2023 (act. II 229) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 17. März 2023) ist der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht zu befreien.

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

4.3 Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Fürsprecher B. _____ als amtlicher Anwalt (vgl. Verfügung vom 17. März 2023) bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die

Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 31. März 2023 macht Fürsprecher B. _____ ein Honorar von total Fr. 2'025.85 ([7¼ Stunden à Fr. 250.--] Fr. 1'812.50 zuzüglich Auslagen von Fr. 68.50 und Mehrwertsteuer [MWST] von Fr. 144.85 [7.7 % von Fr. 1'881.--]) geltend, was nicht zu beanstanden ist. Davon ist Fürsprecher B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein Honorar von Fr. 1'635.40 ([7¼ Stunden à Fr. 200.--] Fr. 1'450.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 68.50 und MWST von Fr. 116.90 [7.7 % von Fr. 1'518.50]) auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

4. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'025.85 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Fürsprecher B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'635.40 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.