

200 23 282 IV  
SCI/BOC/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. Juli 2023**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiberin Bossert

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. März 2023



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1967 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Juli 1994 unter Hinweis auf einen seit 1982 bestehenden Diabetes mellitus erstmals bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (Umschulung, Arbeitsvermittlung) an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1.1/18 - 23). Mit Verfügung vom 20. Oktober 1995 (act. II 1.1/2 f.) wies die IVB das Leistungsbegehren hinsichtlich beruflicher Eingliederungsmassnahmen ab, da der Versicherte damals keine solchen in Anspruch nehmen wollte. Diese Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Im September 2021 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und verwies auf einen Status nach einem Herzinfarkt mit 3-Gefässerkrankung und kardiogenem Schock am 27. August 2021 sowie auf einen seit Februar 1982 bekannten Diabetes mellitus Typ 1 (act. II 2). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und führte ein Erstgespräch durch (act. II 11 f., 21 - 24, 27, 31, 35, 39). Am 21. März 2022 teilte die IVB mit, aufgrund des Gesundheitszustandes des Versicherten seien zur Zeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich (act. II 32). Die IVB holte eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 44 f.) und befragte den Versicherten zur Erwerbstätigkeit bzw. zum Status (act. II 46, 48). Mit Vorbescheid vom 16. November 2022 (act. II 49) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 30 % die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_, am 23. Dezember 2022 Einwände (act. II 53). Nach Einholung von Stellungnahmen des RAD (act. II 56 - 59) verfügte die IVB am 6. März 2023 (act. II 60) wie vorbescheidweise angekündigt.

## **C.**

Dagegen erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, am 19. April 2023 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Streitsache zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens und anschliessendem Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2023 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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** Angefochten ist die Verfügung vom 6. März 2023 (act. II 60). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**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 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). 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 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung datiert vom 6. März 2023 (act. II 60) und bei der im September 2021 erfolgten Neuanmeldung (act. II 2) liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs im Jahr 2022 (sechsmonatige Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG [vgl. E. 2.3 hiernach]), weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung massgebend sind.

**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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende

Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des 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** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> und 1<sup>ter</sup> nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG).

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

**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.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1** Im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2021 (act. II 31/7 - 9) wurde die folgende (Haupt-)Diagnose festgehalten:

- Schwerste koronare Dreifässerkrankung, schwerst eingeschränkte systolische Globalfunktion des LV bei inferiorer und anteriorer Akinesie (EF 15 - 20 %)

Es wurde eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bis Ende Dezember 2021 attestiert. Der 54-jährige Patient werde vor Beginn des ambulanten kardialen Präventions- und Rehabilitationsprogramms für Patientinnen und Patienten mit LV Dysfunktion gesehen. Aktuell bestünden keine Beschwerden. Trotz eines erhöhten NT Pro BNP-Wertes habe der Beschwerdeführer keine Dyspnoe und sei klinisch nicht volumenüberlastet.

**3.2** Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Kardiologie, führte im Bericht vom 27. Oktober 2021 (act. II 27/10 - 12) die folgenden Diagnosen auf:

- Schwerste koronare Dreifässerkrankung, schwerst eingeschränkte systolische Globalfunktion des LV bei inferiorer und anteriorer Akinesie (EF 15 - 20 %)
  - Transthorakale Echokardiographie 28. August 2021: LVEF 30 %, diffus hypokinetisch, basal Manschette beste Kontraktilität, RV knapp normale Funktion, keine relevanten Klappenvitien, relaxationsgestörtes Flussmuster (diastolische Dysfunktion Grad I)
  - Notfallmässige Koronarangiographie 27. August 2021: Sehr aufwändige und komplexe Intervention: Rekanalisation/Stent (2-fach) proximaler und mittlerer RIVA bei diffus befallenem und fast skelettiertem Gefäss; sehr

komplexe Rekanalisation/Stent (5-fach) diffus befallene RCA; signifikante Stenose des Diagonalastes; hochgradige Stenose des proximalen RCX: elektive Intervention im Verlauf zu planen

- Kardiogener Schock 27. August 2021

Der Beschwerdeführer sei gelernter .... Das letzte Arbeitsunfähigkeitszeugnis datiere aus dem Jahr 2018, anschliessend sei er lange als Hausmann zu Hause tätig gewesen. Es könne keine Aussage über die verschiedenen attestierten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse gemacht werden, ausser die Folgende: 100 % Arbeitsunfähigkeit vom 13. bis 31. Juli 2018 und 29. August bis September 2018 und 50 % Arbeitsunfähigkeit vom September 2108 bis November 2018. Wie viele Stunden pro Tag die bisherige und eine leidensangepasste Tätigkeit zumutbar seien, könne aktuell nicht beantwortet werden (act. II 27/12 Ziff. 4.1 und 4.2). Es sollte eher eine sitzende Tätigkeit sein, keine Schichtarbeit, Pausen sollten ermöglicht werden. Sollte ein ICD (Implantation eines kardioverten Defibrillators) im Verlauf notwendig sein, seien sicherlich Maschinenbetriebe nicht erlaubt. Die Leistungsfähigkeit sei aktuell reduziert im Rahmen der LVEF von 30 %, schnellere Müdigkeit, Schwindel orthostatisch bedingt. Durch die Herzinsuffizienztherapie bestehe eine vermehrte Müdigkeit bei Status nach Vorderwandinfarkt (act. II 27/12 Ziff. 3.3 und 3.4). Bei der Arbeit im Haushalt brauche es aktuell vermehrte Pausen für die Erledigung von einfachen Tätigkeiten, auch beim Wäsche tragen verspüre der Beschwerdeführer vermehrt Dyspnoe NYHA II-III sowie Müdigkeit. Der Einkauf sei aktuell schwer durchführbar wegen der zu tragenden Taschen (act. II 27/12 Ziff. 4.5).

Der Status nach kardiogenem Schock mit koronärer diffuser 3-Gefässerkrankung bei jungem diabetischem Patienten habe definitiv eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Vor allem die schwerst eingeschränkte systolische LV-Funktion von 30 % mit diffuser Hypokinesie. Sicherlich stehe die kardiale Rehabilitation, die noch nicht abgeschlossen sei, im Raum sowie die Revaskularisation. Anschliessend sollte eine objektive Spiroergometrie erfolgen, um die Arbeitsfähigkeit besser evaluieren zu können. Sicherlich werde die Arbeitsfähigkeit jedoch reduziert sein. Zudem werde eine Re-Evaluation stattfinden müssen, ob ein interner Defibrillator implan-

tiert werden müsse (Prophylaxe bei Kammertachykardien [act. II 27/11 Ziff. 2.5 und 2.7]).

**3.3** Im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 19. Januar 2022 (act. II 31/2 f.) wurde die folgende (Haupt-)Diagnose angegeben:

- Schwere koronare 3-Gefässerkrankung

Beim Beschwerdeführer bestehe nun einige Monate nach dem Initialereignis im Sommer 2021 weiterhin eine schwer eingeschränkte LV-Funktion. Nach der zweiten Koronarintervention und unter Ausbau der Herzinsuffizienz-Medikation habe er aktuell einen erfreulich stabilen Zustand. Er werde zugewiesen zur Besprechung der ICD-Indikation. Dem Beschwerdeführer sei zu einer primärprophylaktischen ICD-Implantation bei persistierend, schwer eingeschränkter LV-Funktion nach Infarkt geraten worden und ihm seien der genaue Ablauf, Nutzen und Risiken sowie das Leben mit einem ICD erläutert worden.

**3.4** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt im Verlaufsbericht vom 12. Mai 2022 (act. II 35) einen stationären Gesundheitszustand fest und führte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- ICD-Träger
- Schwere koronare Dreigefässerkrankung
- LVEF 25 %, Status nach kardiogenem Schock

Durch die Herzinsuffizienztherapie bestehe eine fluktuierende ausgeprägte Müdigkeit, gelegentlich komme es zu orthostatischen Hypotonien. Der Beschwerdeführer sei aus kardiologischer Sicht eingeschränkt aufgrund der schweren koronaren Herzkrankheit und der schweren Herzinsuffizienz, er habe einen kardiogenen Schock überlebt. Zu den Fragen, inwieweit und unter welchen Bedingungen die bisherige Erwerbstätigkeit und welche Tätigkeiten und in welchem Ausmass noch zumutbar seien, hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, dies sei für sie nicht zu beantworten.

**3.5** Der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, führte im Bericht vom 31. August 2022 (act. II 45) die folgenden Diagnosen auf:

- Schwere koronare 3-Gefässerkrankung mit kardiogenem Schock am 27. August 2021
  - Status nach multiplen Stenteinlagen 08/2021 und 11/2021
  - Status nach ICD-Implantation 03/2022
- Diabetes mellitus Typ I ED 1986 mit
  - Polyneuropathie und diabetischer Retinopathie
- Prostatahyperplasie
- Arterielle Hypertonie
- Dyslipidämie
- Status nach medialer Meniskusläsion links und Teilmeniskektomie links 2012
- Status nach Schulteroperation rechts 2007

Zumutbar sei eine körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit ganztags zu 8.5 Stunden mit einer zusätzlichen Leistungsminderung von 30 % aufgrund vermehrten Pausenbedarfs und Blutzuckerselbstkontrollen. Zu vermeiden seien repetitives Heben und Tragen von Gewichten, anhaltende Zwangshaltungen, überwiegendes Bücken, Knien und Kauern, überwiegendes Stehen und Gehen, Steigen auf Leitern und Gerüste, häufiges Treppensteigen, Tätigkeiten in Kälte/Hitze oder unter starken Temperaturschwankungen, Tätigkeiten mit gestörtem Tag-/Nacht-Rhythmus, unter atmosphärischem Über-/Unterdruck und (bei Antikoagulantientherapie) mit überdurchschnittlicher Verletzungsgefahr sowie Schichtarbeit. Es sei auf ein ausgewogenes Stressmanagement zu achten, insbesondere bei hoher Verantwortlichkeit, hoher Arbeitsdichte und hohen Leistungserwartungen durch Vorgesetzte und/oder an sich selber. Bei Vorliegen einer Retinopathie mit mutmasslichem Visusverlust seien regelmässige augenärztliche Kontrollen erforderlich. Das Zumutbarkeitsprofil sei ab dem 10. März 2022 gültig, dem Datum der letzten kardiologischen Intervention.

**3.6** Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens zog Dr. med. E. \_\_\_\_\_ die RAD-Ärzte Dres. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bei und stellte diesen die Frage, ob eine polydisziplinäre Abklärung wirklich erforderlich sei (act. II 56).

**3.6.1** Der RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt in der Stellungnahme vom 23. Februar 2023 (act. II 57) fest, beim Beschwerdeführer handle es sich um eine schwergradige KHK im Rahmen eines Diabetes mellitus Typ I mit mehrfachen Interventionen durch Koronarangiografien ab August 2021

sowie ausgeprägter Narbenbildung und anhaltender Einschränkung der linksventrikulären Funktion mit einer LVEF zuletzt stabil um 30 %. Es liege ein sehr schönes Langzeitresultat im August 2022 im Rahmen der letzten Koronarangiografie sowie ergometrischer Belastbarkeit von 1.5 Watt/kg und Alltagsbelastbarkeit von zirka drei Etagen ohne Beschwerden vor. Primärprophylaktisch sei im März 2022 ein ICD implantiert worden, bisher keine Auslösung diesbezüglich. Bereits ab Januar 2022 und auch März 2022 sei eine deutliche Besserung der Beschwerdesymptomatik und zunehmende Stabilität beschrieben worden. Der Beschwerdeführer habe zuletzt einen guten kardialen Verlauf angegeben und habe Angina pectoris-Beschwerden verneint. Die Atemnot sei insgesamt sehr stabil, sie trete nur bei sehr grossen Anstrengungen auf. Er gehe täglich spazieren, Schwindel oder Synkopen verneine er. An weiteren Spätfolgen des Diabetes 1 bestehe wohl eine Polyneuropathie (bisher keine relevanten Beschwerden geklagt) und eine diabetische Retinopathie, welche im September 2021 vom Zentrum H.\_\_\_\_\_ mit einem Visus von 1.0/0.9 und einer guten Prognose bei konstanter Therapie sowie erhaltener Arbeitsfähigkeit eingeschätzt worden sei (auch diesbezüglich würden in den Befundberichten keine Beschwerden geklagt). Eine Hepatopathie mit leicht erhöhten Leberwerten sowie ein Prostataadenom schränken die Leistungsfähigkeit aufgrund der bisher vorliegenden Befundberichte nicht anhaltend relevant ein. Somit könne aufgrund der momentan vorliegenden Befunde aus internistischer Sicht auf das Zumutbarkeitsprofil des RAD vom August 2022 weiter abgestellt werden. Dabei handle es sich ja um eine ausschliesslich leichte Tätigkeit, überwiegend im Sitzen mit einer Leistungseinschränkung um 30 % bei erhöhtem Pausenbedarf. Ein polydisziplinäres Gutachten sei aus internistischer Sicht aufgrund der vorliegenden Befundberichte nicht notwendig.

**3.6.2** In der Aktennotiz vom 23. Februar 2023 (act. II 58) wurden vom RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die folgenden orthopädischen Diagnosen aufgeführt:

- Status nach medialer Meniskusläsion linkes Knie und Teilmeniskektomie 10/2012;
- Gonarthrose links mit Chondromalazie III medial (Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates)
- Status nach Claviculafraktur links, mittleres Drittel 04/2017

- Status nach Schulteroperation rechts 03/2007 (Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates)
- Status nach frozen shoulder links 2004

In einer MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks sei am 15. Oktober 2012 ein Riss des Innenmeniskushinterhorns diagnostiziert und die OP-Indikation gestellt worden (vgl. act. II 4/24). Weiteren Berichten sei zu entnehmen, dass dieser Eingriff auch erfolgt sei (vgl. act. II 4/25). Über die OP und den postoperativen Verlauf lägen keine Berichte vor. Es sei in weiteren Berichten zusätzlich die Diagnose einer innenseitig betonten Chondromalazie Grad 3 aufgeführt worden (vgl. act. II 4/17 und 25). Der Beschwerdeführer habe sich im Rahmen eines Motorradunfalls am 14. April 2017 eine Claviculafraktur zugezogen (vgl. act. II 4/22). Nachdem ein Pneumothorax, weitere Frakturen sowie eine Schulterluxation im Rahmen einer Notfallabklärung im Notfallzentrum K. \_\_\_\_\_ ausgeschlossen worden seien, sei der Beschwerdeführer damals konservativ mit Rucksackverband weiterbehandelt worden. Radiologisch würden in der Röntgenuntersuchung der linken Schulter keine degenerativen Auffälligkeiten beschrieben (vgl. act. II 4/23). Weitere Berichte lägen nicht vor. Hinsichtlich der nur episodisch aufgeführten Beschwerden an beiden Schultern lägen keine detaillierten Berichte vor, insbesondere nicht zur aufgeführten Operation der rechten Schulter und dem postoperativen Verlauf. Auch zur linken Schulter lägen keine weiteren Angaben vor. Bei fehlenden spezialärztlichen oder hausärztlichen Berichten, sei hier nicht von einem vermehrten Leidensdruck bezüglich der Schultern auszugehen.

Aus den vorliegenden Unterlagen ergäben sich keine Hinweise, die eine verminderte Belastbarkeit der Schultern aufzeigten. Versicherungsmedizinisch komme den hierzu aufgeführten Diagnosen im vorliegenden Kontext keine Bedeutung zu. Die in den Diagnosen aufgeführte Chondromalazie Grad 3 führe zu einer bleibenden Minderung der Belastbarkeit des linken Kniegelenks und müsse in einem orthopädischen Zumutbarkeitsprofil Berücksichtigung finden. In der RAD-Stellungnahme vom 31. August 2022 (vgl. act. II 45) sei für den Beschwerdeführer bereits ein Zumutbarkeitsprofil erstellt worden. Dieses beinhalte bereits die dauerhafte Minderung der Belastbarkeit beider Beine und habe daher orthopädisch weiterhin Gültigkeit.

**3.6.3** Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ je vom 23. Februar 2023 (act. II 57 f.) zog der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ am 24. Februar 2023 (act. II 59) den Schluss, eine polydisziplinäre Begutachtung sei nicht nötig und auch nicht sinnvoll.

#### **4.**

##### **4.1**

**4.1.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**4.1.2** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2).

Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall 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, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberoücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

**4.1.3** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

## **4.2**

**4.2.1** Der Beschwerdeführer hat sich im Jahr 1994 erstmals wegen des Diabetes mellitus bei der Invalidenversicherung angemeldet (act. II 1.1/18 - 23). Damals war er seit 1991 als ungelernter ... tätig (act. II 1.1/7). Dieser Fall wurde ohne Leistungszusprache (bzw. mit expliziter Verneinung beruflicher Massnahmen [weil vom Beschwerdeführer nicht gewünscht]) abgeschlossen (act. II 1.1/2 f. und 7 f.). Am 14. September 2021 erfolgte erstmals eine Anmeldung zum Bezug einer Invalidenrente (act. II 2/10), über welche mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 6. März 2023 (act. II 60) entschieden wurde. Als Gesundheitsschaden wurden genannt der (bereits bekannte) Diabetes mellitus Typ 1 und eine Herzerkrankung. Es bestehe ein Status nach Herzinfarkt mit 3-Gefässerkrankung und kardiogenem Schock.

**4.2.2** In den Akten wird eine im Jahr 2007 durchgeführte Operation an der rechten Schulter erwähnt (act. II 23/3), ohne dass dazu aber neuere medizinische Unterlagen vorhanden wären. Weiter finden sich Berichte im Zusammenhang mit einer Meniskusruptur links im Jahr 2012 (act. II 4/25). Diesbezüglich wurde der Beschwerdeführer operiert, ohne dass auch dazu danach Berichte über weitere Folgen vorliegen würden. Erwähnt wird immerhin eine Gonarthrose links mit Chondromalazie III medial (act. II 58/2). Behandelt wurde weiter im Jahr 2017 eine Clavicula-Fraktur links (act. II 4/22 f.), die jedoch ebenfalls später ärztlich nicht mehr thematisiert wurde. Im Jahr 2018 wurde ein Abszess an der linken Ferse behandelt (act. II 4/15 ff.). Ab diesem Zeitpunkt findet sich weiter die Diagnose einer diabetischen Polyneuropathie als Spätfolge des Diabetes mellitus Typ 1 (act. II 4/12). Aus ophthalmologischer Sicht wurde beidseits eine diabetische Retinopathie mit Makulaödem attestiert; letzteres hatte gemäss Bericht des behandelnden Arztes vom 30. September 2021 damals noch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 22/5 f.). Am 27. August 2021 erlitt der Beschwerdeführer einen kardiogenen Schock und wurde behandelt sowie operiert (act. II 4/4, 23/6).

Das Spital C. \_\_\_\_\_ attestierte in ihrem Bericht vom 20. Oktober 2021 (act. II 31/7 - 9), der Beschwerdeführer sei aktuell und bis Ende Dezember 2021 zu 100 % arbeitsunfähig. Im Bericht vom 19. Januar 2022 (act. II 31/2 f.) fehlt eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. In der Folge teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, es seien aufgrund des Gesundheitszustands derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich (act. II 32). Seitens der (behandelnden) Kardiologin wurde keine abschliessende Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit abgegeben. Es wurde die anstehende Rehabilitation in den Vordergrund gestellt und eine anschliessende Beurteilung als notwendig erklärt. Objektiv gesehen werde die Arbeitsfähigkeit limitiert sein bei einer LVEF (linksventrikuläre Ejektionsfraktion) von 30 % (act. II 27/10 - 12). Diese Prozentangabe kann dabei jedoch nicht direkt als Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit betrachtet werden. Dieser rein medizinische Wert bedarf einer fachärztlichen Beurteilung hinsichtlich der Bedeutung für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Auch im Austrittsbericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 11. März 2022 (act. II 39/2 - 4) im Nachgang zur erfolgten ICD (OP-Bericht fehlt) wurden diesbezüglich keine Angaben

gemacht. In ihrem Arztbericht vom 12. Mai 2022 (act. II 35) hielt die Kardiologin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erneut fest, aus kardiologischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Eine nähere Einschätzung erfolgte nicht, wobei die Ärztin vermerkte "nicht zu beantworten für mich" (act. II 35/5).

Die die diabetologische Betreuung seit dem 11. Oktober 2021 vornehmende Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Endokrinologie-Diabetologie, konnte zu Behandlungsbeginn im gleichentags erstellten Bericht noch keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers machen (act. II 24). Weitere diesbezügliche Berichte sind nicht aktenkundig.

Auf dieser Basis erstellte der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am 31. August 2022 eine Aktenbeurteilung (act. II 45). Zu beachten ist, dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Chirurgie kein Facharzt für die hier im Vordergrund stehenden Beschwerden (Kardiologie, Neurologie bzw. Allgemeine Innere Medizin [Diabetes und Neuropathie]) ist. Es liegt ein multipler Gesundheitsschaden mit sich allenfalls beeinflussenden Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit vor. Die 30 %-ige Einschränkung wurde vom ausserhalb seines Fachgebiets beurteilenden RAD-Arzt ohne nähere medizinische Begründung und Diskussion von Befunden und Diagnosen wie auch der Wechselwirkungen attestiert, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Es ist zwar tatsächlich fraglich, ob wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht (Beschwerde S. 3 f. IV.), die Beschwerden im Bereich Orthopädie relevant sind. So sind weder relevante Kniebeschwerden noch Schulterbeschwerden aktenkundig. In dieser Hinsicht wurde jeweils auch von den behandelnden Ärzten ein "Status nach" festgehalten. Immerhin hat der (erst) im Vorbescheidverfahren konsiliarisch zugezogene RAD-Orthopäde dann jedoch der Knieproblematik mit Blick auf die Gonarthrose und Chondromalazie III plausibel eine Relevanz für das Leistungsprofil zugemessen (act. II 58/3).

Dass im Rahmen des Vorbescheideverfahrens ein Internist sowie ein Orthopäde des RAD angefragt wurden, wobei die Frage darauf gerichtet war, ob eine gutachterliche Abklärung geboten sei, vermag den Mangel einer aktuellen und interdisziplinären Abklärung nicht zu beheben. Eine nachvollziehbare medizinische Diskussion der mehrere Fachbereiche betreffenden

gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers fehlt auch weiterhin. Die Sache ist folglich zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

## 5.

Über den medizinischen Bereich hinaus wird die Beschwerdegegnerin auch den sogenannten Status des Beschwerdeführers näher abzuklären haben. Denn sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode, welche sich aus dem Status ergibt. Dieser bestimmt sich nach Art. 24<sup>septies</sup> Abs. 1 IVV nach den erwerblichen Verhältnissen, in denen sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre. Gemäss Art. 24<sup>septies</sup> Abs. 2 IVV gilt eine versicherte Person als erwerbstätig nach Art. 28a Abs. 1 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % oder mehr entspricht (lit. a). Die versicherte Person gilt als nicht erwerbstätig nach Art. 28a Abs. 2 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall keine Erwerbstätigkeit ausüben würde (lit. b) respektive als teilerwerbstätig nach Art. 28a Abs. 3 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von weniger als 100 % entspricht (lit. c).

In erwerblicher Hinsicht finden sich im Individuellen Konto vom 23. September 2021 (act. II 11) nach 2018 keine Eintragungen mehr. Gemäss Aussagen des Beschwerdeführers selbst war er tatsächlich auch gar nicht mehr erwerbstätig (vgl. act. II 27/11 Ziff. 1.3, 19/2). In der IV-Anmeldung gab er an, von 1995 bis heute als Hausmann tätig gewesen zu sein (act. II 2/6). Der Beschwerdeführer hat nach 1996 stets geringere Einkommen erwirtschaftet und zuweilen auch über lange Zeit Arbeitslosenentschädigung bezogen. Damit ist fraglich, ob er vollschichtig gearbeitet hat. Seit 2018 war er nicht mehr erwerbstätig. Den Lebensunterhalt bestreitet die Ehefrau (act. II 12/3, 21). Bis August 2021 bestand jedoch gleichzeitig kein massgeblicher gesundheitlicher Grund, dass der Beschwerdeführer Ab-

stand von jeglicher Erwerbstätigkeit hätte nehmen müssen. Insoweit ist die auf Anfrage der Beschwerdegegnerin gegebene Auskunft, im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig sein zu wollen (act. II 48), eine einzelne, isolierte und zu den weiteren derzeit vorhandenen Akten in Widerspruch erscheinende Aussage. Es fehlen insbesondere jegliche Belege für Bemühungen, wiederum eine Stelle zu erhalten. Die Beschwerdegegnerin wird vor dem neuen Entscheid deshalb auch den Status näher abzuklären (erheben von Stellenbewerbungen, Details zu den Gründen, weshalb der Beschwerdeführer nicht erwerbstätig war) und zu beurteilen haben.

## 6.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 6. März 2023 (act. II 60) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

## 7.

**7.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.--, 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.

**7.2** 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 Streit-

sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ macht mit Kostennote vom 2. Juni 2023 ein Honorar von Fr. 2'750.-- (11 Std. à Fr. 250.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 30.50 und Mehrwertsteuer von Fr. 214.10 (7.7 % von Fr. 2'780.50), total Fr. 2'994.60, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Die Parteientschädigung wird demnach für das vorliegende Verfahren auf Fr. 2'994.60 (inkl. Auslagen und MWST) 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 6. März 2023 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. 2'994.60 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.