

IV 200 2024 340
FRC/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. Februar 2025

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. März 2024



Sachverhalt:

A.

Im Juni 2023 meldete sich die 1964 geborene, seit 1. Mai 2016 als ... bei der C._____ GmbH erwerbstätig gewesene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) unter Hinweis auf eine Systemsklerose bzw. Autoimmunerkrankung des Bindegewebes mit Raynaud-Syndrom und Lungenfibrose bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 1). Nach ersten Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht (vgl. act. II 8, 12, 14 f., 18, 22 ff., 24, 27) schloss die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) mit Mitteilung vom 25. September 2023 (act. II 28) die zunächst an die Hand genommene Prüfung beruflicher Massnahmen (vgl. act. II 22) ab, da solche aufgrund der gesundheitlichen Situation aktuell nicht durchführbar seien. Der Anspruch auf weitere Leistungen werde geprüft.

Nach Aktualisierung der medizinischen Akten (act. II 32, 36, 38) unterbreitete die IV-Stelle das Dossier ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), Dr. med. D._____, Praktische Ärztin, zur Aktenbeurteilung (act. II 41). Im Wesentlichen gestützt auf deren ärztlichen Bericht vom 4. Januar 2024 (act. II 41 S. 4 ff.) stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 11. Januar 2024 (act. II 42) die Abweisung des Leistungsbegehrens betreffend Invalidenrente in Aussicht. Die Abklärungen hätten ergeben, dass eine körperlich leichte Tätigkeit über 8.5 Stunden täglich mit einer Leistungsminderung von 20 % für vermehrte Pausen zumutbar sei. Auf eine genaue Erhebung der Einschränkungen im Haushaltsbereich werde verzichtet. Der Anspruch auf eine Invalidenrente setze einen Invaliditätsgrad von mindestens 40 % voraus. Die behinderungsbedingte Erwerbseinbusse betrage 28 %. Bei einem Status von 60 % Erwerbstätigkeit und 40 % Haushalt würde die Einschränkung im Haushalt 57 % betragen müssen, um einen Invaliditätsgrad von 40 % zu erreichen. Mit der von den Ärzten festgelegten verbliebenen Leistungsfähigkeit könne dies ausgeschlossen werden (act. II 42 S. 2 f.).

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 1. Februar 2024 Einwand (act. II 44), welchen sie unter Beilage eines Berichts des Spitals E._____ vom 23. Februar 2024 (act. II 47 S. 3 f.) am 4. März 2024 (act. II 47 S. 1 f.) nachbegründen liess. Nach Einholung einer Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. D._____ vom 11. März 2024 (act. II 49 S. 2) verfügte die IV-Stelle am 27. März 2024 (act. II 53) ihrem Vorbescheid entsprechend die Abweisung des Leistungsbegehrens betreffend Invalidenrente.

B.

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 3. Mai 2024 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr ab Dezember 2023 eine ganze Rente auszurichten. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Angelegenheit zur Einholung eines Gutachtens und neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Juni 2024 schloss die Beschwerdegegnerin – unter Beilage einer erneuten Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. D._____ vom 29. Mai 2024 – auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 7. Juni 2024 liess sich die Beschwerdeführerin zur Beschwerdeantwort vernehmen.

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. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie 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 der Beschwerdegegnerin vom 27. März 2024 (act. II 53). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

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

2.2 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^{bis} und 1^{ter} nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 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.

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.

2.3 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^{septies} Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) nach den erwerblichen Verhältnissen, in denen sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre. Gemäss Art. 24^{septies} 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 versi-

cherte 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). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30; 2020 IV Nr. 72 S. 251 E. 4.1.1). Bei einer im Haushalt tätigen versicherten Person im Besonderen entscheidet sich die Frage, ob sie als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige zu betrachten ist, nicht danach, ob sie vor ihrer Heirat erwerbstätig war oder nicht. Vielmehr sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30, 117 V 194 E. 3b S. 195; SVR 2020 IV Nr. 72 S. 250, 9C_157/2020 E. 4.1.1).

2.4 Gemäss Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG richtet sich die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Der Bundesrat umschreibt die zur Bemessung des Invaliditätsgrades massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren (Art. 28a Abs. 1 Satz 2 IVG). Gemäss Art. 28a Abs. 2 IVG wird bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, für die Bemessung des Invaliditätsgrades in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; vgl. auch

BGE 142 V 290 E. 4 S. 293). Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, der Invaliditätsgrad für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird der Invaliditätsgrad für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen. Gemäss Art. 27^{bis} Abs. 1 IVV werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen die Invaliditätsgrade in Bezug auf die Erwerbstätigkeit (lit. a) und in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich (lit. b) zusammengezählt. Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27^{bis} Abs. 2 IVV das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % entspricht, hochgerechnet (lit. a), das Einkommen mit Invalidität auf der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % entspricht, berechnet und entsprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst (lit. b) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (lit. c). Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird nach Art. 27^{bis} Abs. 3 IVV der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt (lit. a) und der Anteil nach lit. a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 2 lit. c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Abs. 3 lit. b).

2.5 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. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

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).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ist den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Gemäss Bericht der Orthopädischen Klinik des Spitals F. _____ vom 6. Januar 2023 kam es am 5. Januar 2023 – bei Ferienabwesenheit des Hausarztes – zu einer Selbstvorstellung resp. Notfallkonsultation durch die Versicherte. Als Diagnosen wurden ein periungualer Abszess ulnarseitig Digitus III links (adominant) mit Erstdiagnose am 5. Januar 2022 bei Status nach Inzision Panaritium radialeseitig Digitus III links am 6. November 2021, ein Panaritium periunguale radialeseitig Digitus III Hand links (adominant) bei Status nach Inzision Panaritium Digitus III Hand links am 6. November 2021, ein Status nach mehrfacher Urolithiasis rechts, eine Osteoporose, ein Status nach Switch zum proximalen Roux-Y-Magenbypass am 6. Januar 2009 sowie diverse Nebendiagnosen aufgeführt (act. II 14 S. 6 f.). Anlässlich der Konsultation habe die Versicherte berichtet, seit Weihnachten vermehrt Schmerzen und ein pochendes Gefühl im Mittelfinger (Digitus III) der linken Hand zu haben. Seit Beginn der Woche habe sich dann vermehrt Eiter angesammelt. Bereits im November 2021 habe sie am selben Finger Probleme gehabt. Dieser sei damals durch die Handchirurgie des Spitals E. _____ behandelt worden. Sie habe anschliessend jedoch immer leichte Schmerzen gehabt. Gemäss ärztlicher Staturer-

hebung war das Fingerendglied anlässlich der Konsultation vom 5. Januar 2023 gerötet und leicht geschwollen. Es fanden sich eine lokale Einschmelzung distal am ulnaren Nagelwall, viel Granulationsgewebe über dem ulnaren Nagelwall und an der Fingerbeere unter dem Nagel sowie eine Druckdolenz über der distalen Phalanx. Die Beugung im distalen Interphalangealgelenk (DIP) war eingeschränkt. Sensibilität und Durchblutung waren erhalten (S. 7). In der Folge fanden eine Therapie mit Schnittinzision entlang des ulnaren Nagelrandes in die Tiefe, Débridement des Granulationsgewebes, Einlage einer Penrose-Lasche in die Inzision, Ruhigstellung in der Aluschiene sowie eine Antibiotikagabe statt (S. 8).

3.1.2 Am 19. Januar 2023 hielt der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine reizlose Wunde Digitus III links fest. Der Befund sei subjektiv weiterhin sehr schmerzhaft und die Wundheilung sei verzögert. Objektiv sei eine fehlende Epithelialisierung sowie eine ausgeprägte Akrozyanose im Sinne eines Raynaud-Syndroms bei rezidivierenden akralen Infekten Digitus III links (3. Rezidiv) festzustellen. Eine angiologische Abklärung wurde in der Folge als dringlich indiziert erachtet (act. II 32 S. 6 f.).

3.1.3 Am 27. Januar 2023 fand eine Untersuchung im Zentrum H._____ statt. Mit Bericht gleichen Datums (act. II 20.2 S. 18 f.) hielt Dr. med. I._____, Facharzt für Angiologie, als Diagnosen den Verdacht auf eine kutane systemische Sklerose bei sekundärem Raynaud-Syndrom, Wundheilungsstörung Digitus III Hand links nach periungualem Abszess ulnarerseits und Exzision nekrotischer Wunden Digitus III Hand links 2019, 2021 und am 5. Januar 2022, eine morbide Adipositas – behandelt mittels proximaler Y-Roux-Operation nach initialer Sleeve-Gastrektomie –, eine Osteoporose sowie einen Status nach mehrfacher Urolithiasis rechts fest (act. II 20.2 S. 18). Vom klinischen Aspekt her vermute er eine zumindest kutane systemische Sklerodermie mit assoziiertem sekundärem Raynaud-Syndrom. Entsprechend empfehle er dringend eine rheumatologische Weiterabklärung (S. 19).

3.1.4 Am 10. Februar 2023 (act. II 20.2 S. 13) fand im Zentrum J._____ eine Kapillarmikroskopie sämtlicher Langfinger (mit Ausnahme von Digitus III links) statt. Gemäss Beurteilung durch Dr. med. K._____,

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, war diese mit stark verminderter Kapillardichte, grossen avaskulären Feldern und stummelhaft verkümmerten Restkapillaren hochgradig pathologisch und mit fortgeschrittenen Veränderungen einer Systemsklerose vereinbar.

3.1.5 Mit Bericht vom 16. Februar 2023 (act. II 20.2 S. 7 ff.) hielt Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, als Diagnosen eine Systemsklerose, diffuse Form, bei ausgeprägter Raynaud-Symptomatik und hochgradig pathologischer Kapillarmikroskopie mit Rattenbiss-Phänomen Digitus II und III rechts sowie Digitus II links und rezidivierendem Infekt Digitus III links, eine asymptomatische Haltungsanomalie der Wirbelsäule, eine Gonarthrose links, eine Osteoporose sowie als Nebendiagnosen einen Status nach proximaler Y-Roux-Operation bei morbidem Adipositas (2009), eine Sleeve-Gastrektomie (2008), eine laparoskopische Exploration mit Adhäsiolyse 2015, einen sekundären Hyperparathyreoidismus (2017), eine Urolithiasis rechts mit extrakorporaler Stosswellenlithotripsie (ESWL) 2013, eine rezidivierende Nephrolithiasis beidseits (1994), eine Hysterektomie 2003, eine Cholezystektomie 1996 sowie eine Appendektomie 1976 fest (act. II 20.2 S. 7). Aufgrund des klinischen Bildes sowie der Zusatzuntersuchungen (Labor, angiologische Beurteilung, Kapillarmikroskopie) ergebe sich die Diagnose einer Systemsklerose, diffuse Form. Die Anamnese sowie die Laboruntersuchungen würden primär keine Hinweise für einen viszeralen Befall ergeben. Die periorale Hautfältelung bestehe auf mehrmalige Befragung der Patientin hin schon seit langer Zeit, nachdem sie massiv an Gewicht abgenommen habe. Dennoch müssten diesbezüglich noch folgende Abklärungen durchgeführt werden: Eine Oesophagus-Kinematographie, eine kardiologische Beurteilung (Echokardiographie) sowie eine pneumologische Beurteilung mit hochauflösender Computertomographie des Thorax, Lungenfunktion und klinischer Beurteilung. Im Vordergrund des Beschwerdebildes stehe die ausgeprägte Raynaud-Symptomatik mit vaskulären Veränderungen und Rattenbiss-Phänomen resp. die durch die Vaskulopathie bedingten rezidivierenden Infekte im Mittelfinger links. Eine Behandlung mit Amlodipin und Acetylsalicylsäure (ASS) habe keine Wirkung gebracht. In dieser Situation empfehle sich nun folgendes Procedere: Da der Prozess im Mittelfinger links immer noch akut sei, initial die Behandlung mit Ilomedin-

Infusionen (Iloprost) während zwei Wochen. Diese könnten ambulant, wahrscheinlich durch die Angiologen im Spital M._____, durchgeführt werden. Anschliessend Behandlung mit Tracleer (Bosentan) zur Verhinderung weiterer Hautläsionen (S. 9).

3.1.6 Gemäss Befundbericht zur in der Folge durchgeführten Computertomographie des Thorax vom 20. März 2023 (act. II 20.2 S. 5) zeigte diese deutliche zylindrische Bronchiektasen in den Unterlappen beidseits sowie vor allem in der Lingula und im Mittellappen mit perifokalen Ground-glass-Infiltrationen. Der Befund sei gut vereinbar mit einer interstitiellen Pneumopathie. Artdiagnostisch passten die Veränderungen gut zu einer nicht-spezifischen interstitiellen Pneumonie (NSIP).

3.1.7 Mit Bericht vom 20. März 2023 (act. II 18.2 S. 8 f.) hielt Dr. med. N._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Pneumologie, in der Folge eine pulmonale Beteiligung zur diagnostizierten Systemsklerose, diffuse Form, bei ausgeprägter Raynaud-Symptomatik und hochgradig pathologischer Kapillarmikroskopie mit Rattenbiss-Phänomen Digitus II und III rechts sowie Digitus II links und rezidivierendem Infekt Digitus III links fest (S. 8). Im CT-Thorax seien Ground-glass-Veränderungen in beiden Unterlappen, Lingula, Mittellappen und anterioren Oberlappen rechts und Bronchiektasen nachweisbar. Dieser Befund sei trotz normaler Lungenfunktion mit einer interstitiellen Pneumopathie im Rahmen der Systemsklerose vereinbar (S. 9).

3.1.8 PD Dr. med. O._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Kardiologie, fand gemäss Bericht vom 22. März 2023 (act. II 15 S. 6 f.) im Rahmen seiner kardialen Standortbestimmung vor der geplanten Behandlung der Systemsklerose mit Ilomedin in den kardiologischen Grundabklärungen keine pathologischen Befunde, welche eine Kontraindikation für die geplante Therapie darstellen würden.

3.1.9 Mit Schreiben vom 24. März 2023 (act. II 20.2 S. 1 f.) überwies Dr. med. L._____ die Versicherte an das Spital E._____, wobei er als ursächliche Diagnose die Systemsklerose, diffuse Form, mit ausgeprägter Raynaud-Symptomatik, hochgradig pathologischer Kapillarmikroskopie und Lungenbeteiligung bei Ground-glass-Veränderungen anführte (S. 1).

Aufgrund des pathologischen Lungenbefunds in der Computertomographie mit Ground-glass-Infiltrationen sei seines Erachtens eine Behandlung mit Cyclophosphamid indiziert (S. 2).

3.1.10 Gemäss Schreiben des Hausarztes Dr. med. G. _____ vom 24. März 2023 (act. II 14 S. 2) leidet die Versicherte an einem komplexen Beschwerdebild. Als Diagnose werde eine systemische Sklerose postuliert. Die Patientin habe eine akrale Durchblutungsstörung, welche zu einer hochpathologischen Kapillarsituation mit Hautläsionen und Ulcera an den Fingern II – IV beidseits geführt habe. Möglicherweise liege auch eine pulmonale Beteiligung vor. Die Hautläsionen und das Schmerzsyndrom führten zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit, da die bereits leichtgradige Berührung der Fingerspitzen zu massiven Schmerzen und zu Verletzungsgefahr führe. In absehbarer Zeit sei eine Ilomedin-Infusion geplant (vgl. act. II 18.2 S. 13), von welcher eine Verbesserung der Durchblutung zu erwarten sei. Diese dauere jedoch einige Zeit, weshalb die Arbeitsunfähigkeit sicher bis zum 7. Mai 2023 bestehen bleibe und voraussichtlich auch noch weiter andauern werde.

3.1.11 Eine Bronchoskopie durch Dr. med. N. _____ vom 28. März 2023 ergab endoskopisch einen unauffälligen Befund (Bericht vom 29. März 2023; act. II 18.2 S. 3). In der bronchoalveolären Lavage (BAL) konnten keine auf maligne Neoplasie verdächtige Zellen nachgewiesen werden. Als zytopathologischer Befund wurden eine diskrete Lymphozytose und eine diskrete Neutrophilie festgehalten. In der mikrobiologischen Untersuchung fanden sich keine pathogenen Keime (vgl. act. II 18.2 S. 1 f. und S. 5).

3.1.12 Laut Aktennotiz der Beschwerdegegnerin vom 13. September 2023 (act. II 27) zur telefonisch erteilten Auskunft der Rheumatologie vom 5. September 2023 sei die Erkrankung der Beschwerdeführerin sehr fortgeschritten. Sie habe grosse Funktionseinschränkungen. Es bestünden bereits chronische Wunden und bei dieser Erkrankung bestehe keine Aussicht auf Besserung. Die Feinmotorik sei stark eingeschränkt. Lange anstrengende Tätigkeiten seien nicht möglich. Die Hände seien stark betroffen. Auch habe die Versicherte eine Lungenbeteiligung. Die aktuelle Arbeitstätigkeit (300 km Kurierdienst pro Tag) sei ihr nicht mehr zumutbar.

Eine halbe bis eine Stunde Autofahren könnte in ferner Zukunft – je nach Stabilisation der Erkrankung – möglich werden, sei aber aktuell ausgeschlossen. Im Winter seien die Symptome zunehmend stärker. Ein Eingliederungspotenzial sei aktuell und in den nächsten Monaten ausgeschlossen.

3.1.13 Mit Bericht des Spitals E. _____ vom 18. September 2023 (act. II 36 S. 4 ff.) zur ambulanten Konsultation vom 13. September 2023 sind als Diagnosen eine diffuse kutane Systemsklerose mit Diagnosestellung 2023 (ICD-10: M34.0; progressive systemische Sklerose), ein periungualer Abszess ulnarseitig Digitus III links (adominant) mit Erstdiagnose am 5. Januar 2022, ein Panaritium periunguale radialeseits Digitus III Hand links (adominant), ein Status nach mehrfacher Urolithiasis rechts, eine Osteoporose sowie diverse Nebendiagnosen festgehalten (S. 4 f.). Unter der Therapie mit CellCept zeige sich im kurzfristigen Verlauf sowohl funktionell als auch computertomographisch eine stabile pulmonale Situation. Es werde die Fortführung der Therapie empfohlen. Weiterhin bestünden kälteabhängige Schmerzen der Finger, insbesondere Digitus III links. Die Empfehlung hier sei der Beginn einer Therapie mit Sildenafil, initial 40 mg pro Tag, dann – bei guter Verträglichkeit – unter regelmässigen Blutdruckkontrollen Steigerung auf 2 x 40 mg pro Tag. Weiter würden monatliche Verlaufskontrollen beim Hausarzt, der Beginn mit Lymphdrainagen der Hände und Beine, topisch Traumalix bei Bedarf sowie eine rheumatologische Verlaufskontrolle mit vorangehender Lungenfunktionsprüfung in sechs Monaten empfohlen (S. 6).

3.1.14 Gemäss Bericht des Hausarztes Dr. med. G. _____ vom 19. Dezember 2023 (act. II 38) fand die letzte Kontrolle bei ihm am 27. November 2023 statt. Die Versicherte sei seit dem 23. Januar 2023 aufgrund der systemischen Sklerose bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Er könne zur Arbeitsfähigkeit keine Prognose abgeben. Es sei diesbezüglich die Abteilung für Rheumatologie des Spitals E. _____ zu konsultieren. Er sei nur zum Bescheinigen der Arbeitsunfähigkeit vorgesehen (S. 2 f.).

3.1.15 Mit ärztlichem Bericht vom 4. Januar 2024 (act. II 41 S. 4 ff.) hielt Dr. med. D. _____ vom RAD gestützt auf die ihr vorliegenden Akten fest, es liege bei der Beschwerdeführerin eine diffuse kutane Systemskle-

rose mit ausgeprägter Raynaud-Symptomatik, interstitieller Lungenerkrankung und Status nach Fingerulzerationen, eine Osteoporose sowie ein Status nach mehreren adipositas-chirurgischen Eingriffen seit 2008 vor. Im Frühjahr 2023 sei die Diagnose einer systemischen Sklerose bei positiver Immunserologie gestellt worden. Aufgefallen seien verdickte und verhärtete, sehr schmerzhaft Finger bei Kälteexposition mit Ulzerationen an den Fingern beider Hände mit rezidivierenden Entzündungen der Finger und des Nagelbettes und Narbengrübchen. Die Versicherte habe bereits in den Jahren vor 2023 eine verzögerte Wundheilung an den Fingern und eine intermittierende blaue Verfärbung beider Hände bemerkt. Eine Magnetresonanztomographie (MRT) der Hand links vom Mai 2023 habe Weichteildefekte an der Fingerkuppe des Mittelfingers mit Arrosion der angrenzenden Kortikalis mit Knochenmarksödem und Knochenmarkenhancement gezeigt, in geringerer Ausprägung auch an der Kuppe des Daumens. In der Computertomographie (CT) des Thorax vom März 2023 hätten sich Ground-glass-Veränderungen im anterioren Oberlappensegment rechts, im Mittellappen und der Lingula gezeigt sowie zylindrische Bronchiektasen im Bereich des Mittellappens und Unterlappens beidseits bei einem Befall der Lunge von 25 %. Im September 2023 seien eine forcierte Vitalkapazität (FVC) von 72 % und eine Kohlenmonoxid-Diffusionskapazität (DLCO) von 84 % mit stabilem Verlauf im CT-Thorax-Screening beschrieben worden. Kardiologische Untersuchungen seien bislang unauffällig gewesen ohne Hinweise auf Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz oder pulmonale Hypertonie. Der Rodnan Skin Score zur Beurteilung der Schwere der Sklerodermie habe im Mai 2023 neun und im September 2023 16 von insgesamt 51 Punkten betragen. Eine immunsuppressive Therapie mit CellCept sei eingeleitet worden. Ebenso eine Behandlung mit Amlodipin und Sildenafil zur Gefässerweiterung. Die periungualen Abszesse und Panaritien seien symptomatisch lokal und systemisch antibiotisch behandelt worden. Im September 2023 seien in der körperlichen Untersuchung in der Rheumatologie des Spitals E._____ keine aktiven Ulcera an den Händen mehr nachweisbar gewesen. Die Versicherte leide weiter an einer Osteoporose. Sie habe im Jahr 2009 einen proximalen Magenbypass bei Adipositas erhalten und sei mehrfach an Nierensteinen beidseits erkrankt gewesen (S. 4). Bei systemischer Sklerose seien die Hände und die Lunge bleibend minder belastbar. Es handle sich um eine diffuse Verlaufsform mit rascher

Progredienz. Die Feinmotorik der Hände und die Greiffunktion seien stark eingeschränkt. Die Lungenfunktion sei bislang nur leicht eingeschränkt bei jedoch in der Bildgebung nachweisbarer interstitieller Lungenerkrankung (S. 5). Die Versicherte sei in Bezug auf die angestammte Tätigkeit seit dem 5. Januar 2023 zu 100 % arbeitsunfähig. Zumutbar sei leichtes körperliches Arbeiten, 8.5 Stunden pro Tag, mit einer Leistungsminderung von 20 % für vermehrte Pausen, sofern dabei keine monoton repetitiven Belastungen anfielen. Arbeiten, bei denen Stoss- und Stauchungsbelastungen für Handgelenk und Hand auftreten würden, seien nicht mehr zumutbar. Gleiches gelte für Tätigkeiten mit Vibrationsbelastungen für die Handgelenke durch das Bedienen von Maschinen. Die Arbeit dürfe keine hohen Anforderungen an die Feinmotorik stellen. Zu vermeiden seien anhaltende Zwangshaltungen, häufiges Treppensteigen sowie Tätigkeiten in Kälte/Nässe, unter starken Temperaturschwankungen, mit gestörtem Tag-/Nacht-Rhythmus, mit atmosphärischem Über-/Unterdruck und mit überdurchschnittlicher Verletzungsgefahr. Das Zumutbarkeitsprofil habe Gültigkeit ab dem 13. September 2023, dem Zeitpunkt der letzten rheumatologischen Konsultation im Spital E._____ (S. 6).

3.1.16 Gemäss Bericht des Spitals E._____ vom 23. Februar 2024 (act. II 47 S. 3 f.) zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin leide die Versicherte an einer diffusen systemischen Sklerose mit relevanter Beteiligung der Haut und Hände. Zudem bestehe auch eine pulmonale Beteiligung, welche mit Atemnot einhergehe. Die Fingerbeteiligung äussere sich mit ausgeprägter Kälteempfindlichkeit bei Raynaud-Symptomatik sowie schmerzenden Fingerkuppen, bei chronischen Wunden, welche zu einer deutlichen Einschränkung der Feinmotorik und des Gebrauchs der Hände führe. Es könne keine Tätigkeit, welche vor allem körperliche Arbeit beinhalte, ausgeübt werden. Auch manuelle Tätigkeiten seien deutlich eingeschränkt. Temperaturschwankungen oder Kälteexposition seien zu vermeiden. Es bestehe sowohl eine relevant quantitative als auch eine qualitative Einschränkung. Eine genaue Angabe der Arbeitsunfähigkeit sei schwierig, allerdings sei eine weitere Tätigkeit im bisherigen Beruf als ... sicherlich nicht mehr möglich (S. 3).

3.1.17 Mit Stellungnahme vom 11. März 2024 (act. II 49 S. 2) hielt Dr. med. D. _____ vom RAD fest, es könne trotz des Berichts des Spitals E. _____ vom 23. Februar 2024 (act. II 47 S. 3 f.; vgl. E. 3.1.16 hiervor) weiterhin auf das von ihr erstellte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden und es müssten auch keine weiteren Abklärungen eingeleitet werden, da sich die Angaben im Bericht mit den Angaben im Zumutbarkeitsprofil deckten.

3.2 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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig 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 mitzubewerten. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachperso-

nen 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 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 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; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in BGE 150 V 188, aber in SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107).

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. 133, 9C_651/2019 E. 4.3).

3.3 Die von den behandelnden Fachärzten gestellten Diagnosen werden von der RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ in ihrer Aktenbeurteilung und ihren Stellungnahmen nicht in Frage gestellt, jedoch würdigt sie den medizinischen Sachverhalt hinsichtlich funktioneller Auswirkungen anders als die behandelnden Fachärzte. Während diese von erheblichen funktionellen Einschränkungen (quantitativ [u.a. deutliche Einschränkung des Gebrauchs der Hände bzw. manueller Tätigkeiten namentlich bei schmerzenden Fingerkuppen und chronischen Wunden] als auch qualitativ) ausgehen, ohne diese jedoch in Bezug auf angepasste Tätigkeiten konkret zu quantifizieren (siehe insbesondere act. II 27 und act. II 47 S. 3 f. wie auch die darauf gestützten Berichte des Hausarztes [act. II 14 S. 2 und act. II 38]; vgl. E. 3.2.10, 3.2.12, 3.2.14 und 3.2.16 hiervor), attestiert Dr. med. D. _____ im Rahmen ihrer Aktenbeurteilung für angepasste Tätigkeiten (leichte körperliche Arbeiten namentlich ohne hohe Anforderungen an die Feinmotorik) – unter Berücksichtigung einer Leistungsminderung von lediglich 20 % für vermehrte Pausen – eine zeitlich uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 8.5 Stunden pro Tag (act. II 41 S. 6; vgl. E. 3.1.15), ohne die-

se unterschiedliche Beurteilung näher zu begründen. Als Praktische Ärztin verfügt Dr. med. D. _____ zudem nicht über die in diesem Fall gefragten fachlichen Qualifikationen in den Disziplinen Rheumatologie und Pneumologie für eine (voll) beweiswertige Aktenbeurteilung im Sinne einer eigenständigen medizinischen Beurteilung des rheumatologischen Leidens (vgl. Urteile des BGer 9C_446/2019 vom 5. September 2019 E. 2.2 und 8C_342/2023 vom 7. Dezember 2023 E. 5.7.3). Daran vermag auch die angeführte zwölfjährige Berufserfahrung in der Versicherungsmedizin (siehe RAD-Stellungnahme vom 29. Mai 2024; in den Verfahrensakten) nichts zu ändern. Damit kann nicht auf die RAD-Aktenbeurteilung abgestellt werden. Des Weiteren bilden auch die Berichte der behandelnden Fachärzte keine genügende Basis für eine abschliessende Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs, mangelt es diesen doch schon an einer konkreten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten.

3.4 Mit Blick auf das Dargelegte ist zusammenfassend festzuhalten, dass zumindest geringe Zweifel (vgl. BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S. 65) an der Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilung durch Dr. med. D. _____ bestehen bzw. dass die vorhandenen medizinischen Akten keine hinreichend zuverlässige Grundlage für die Beurteilung der medizinischen Situation bzw. von deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bilden. Bei dieser Ausgangslage bedarf es einer externen bidisziplinären Begutachtung in den Fachdisziplinen Rheumatologie und Pneumologie, wie in der Beschwerde eventualiter beantragt (vgl. Beschwerde S. 2 und S. 7). Weiterungen zu den Vergleichseinkommen erübrigen sich damit, da zuerst die Arbeitsfähigkeit korrekt ermittelt werden muss. Je nach Einschränkung im Erwerb hat auch noch eine genaue Erhebung der Einschränkungen im Haushaltsbereich zu erfolgen.

4.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. März 2024 (act. II 53) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen,

damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

5.

5.1 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.--, 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 der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Die von Rechtsanwalt B. _____ eingereichte Kostennote vom 7. Juni 2024 ist nicht zu beanstanden. Gestützt auf diese Kostennote wird die Parteientschädigung der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren auf Fr. 3'974.95 (Honorar Fr. 3'570.--, Auslagen Fr. 107.10, Mehrwertsteuer Fr. 297.85) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 27. März 2024 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 von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'974.95 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - 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.