

200 15 573 IV
FUR/SCM/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. Januar 2016

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. Mai 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1965 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 16. April 2012 unter Hinweis auf eine tumorbedingte Darmoperation bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 2). Nachdem die IVB einen Anspruch auf berufliche Massnahmen mit Mitteilung vom 2. August 2012 (act. II 9) abgelehnt hatte, nahm sie weitere medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Gestützt auf eine bidisziplinäre Begutachtung vom März 2014 (act. II 36.1, 37.1, 38) sowie die hierzu erfolgte Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 4. Juni 2014 (act. II 42), stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 16. Juli 2014 (act. II 43) eine vom 1. November 2012 bis 31. März 2013 befristete ganze Rente in Aussicht. Auf Einwand des Versicherten (act. II 44, 48) holte die IVB eine neuerliche Stellungnahme des RAD ein (act. II 55) und verfügte am 14. Mai 2015 (act. II 62) wie angekündigt.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 19. Juni 2015 Beschwerde. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge lässt er die folgenden Anträge stellen:

1. Die Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.
2. Es sei ein interdisziplinäres, medizinisches Gutachten gerichtlich in Auftrag zu geben.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. August 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 27. August 2015 ging beim Gericht aufforderungsgemäss eine weitere Stellungnahme der Beschwerdegegnerin ein.

Mit Replik vom 11. September bzw. Duplik vom 14. Oktober 2015 hielten die Parteien an ihren bisherigen Anträgen fest.

Der Beschwerdeführer reichte am 20. Oktober und 2. November 2015 weitere ärztliche Berichte zu den Akten.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 14. Mai 2015 (act. II 62). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung und dabei insbesondere, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde.

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

2.2.1 Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.2.2 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befund-

lage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

2.2.3 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht (BGer) seine bisherige Praxis, wonach die Überwindbarkeit in Fällen mit Diagnostik anhaltender somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Störungen zu vermuten sei, aufgegeben. Zusammenfassend hat es festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs treten neu im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist fortan zu verzichten. Der Prüfungsrasster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Die Anerkennung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 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 ha-

ben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]).

3.

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

3.1.1 Dr. med. C._____, Praktische Ärztin FMH, hielt im Bericht vom 30. September 2013 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin; act. II 22

S. 2 ff.) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine fortschreitende NASH (schwere Leberfibrose), einen Status nach Kolonkarzinom (wenig differenzierter Adenokarzinom; vgl. hierzu auch den Austrittsbericht vom 25. November 2011 von Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Klinik E._____, zur notfallmässigen Hospitalisation vom 7. bis 23. November 2011 [act. II 22 S. 11 f.]), einen Diabetes mellitus Typ 2, eine Adipositas, massive degenerative LWS-Veränderungen, eine Hyperlipidämie sowie einen Status nach Schultertraumen links bei Sturz aus 2m-Höhe fest. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... bestehe seit dem 7. November 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden. Die Leberproblematik sei progredient, die Rückenbeschwerden wie auch andere Gelenke (Schultern) seien ohne Belastung stabil.

3.1.2 Im Bericht vom 18. November 2013 (act. II 27) diagnostizierte Dr. med. F._____, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Krebsbehandlung. Bezüglich der Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. F._____ fest, es liege keine psychiatrische Diagnose im engeren Sinne vor, der Beschwerdeführer sei mit seiner Krankheitsverarbeitung beschäftigt. Dazu gehörten auch Momente von gedrückter Stimmung und Trauer sowie Sorge um die Zukunft seiner Familie. In der bisherigen Tätigkeit bestünden aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen. Für weitergehende Informationen zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie zu möglichen Eingliederungsmassnahmen verwies der Psychiater auf den Bericht von Dr. med. C._____ (vgl. E. 3.1.1 hiervor).

3.1.3 Am 6. März 2014 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. G._____, Facharzt für Rheumatologie sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, exploriert. Im diesbezüglichen Gutachten vom 10. März 2014 (act. II 36.1) hielt Dr. med. G._____ die folgenden Diagnosen fest: Mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien keine Diagnosen zu verzeichnen, wohingegen ohne langdauernde Auswirkung anamnestisch eine Periarthropathia humeroscapularis links bestehe. Aus somatischer

Sicht nicht beurteilt worden seien ein chronisch-rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom, anamnestisch ein rezidivierendes cervicovertebragenes Syndrom, Schlafstörungen und Müdigkeit sowie anamnestisch ein Reizmagen-Syndrom (S. 7).

Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, bezüglich der Schulterbeschwerden links für die bis anhin durchgeführten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Rein formal könne er wegen dem noch implantierten Port-à-Cath infraklavikulär links eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. auch S. 9), begründen. Der Port-à-Cath könne, nachdem kein Hinweis auf ein Rezidiv des Kolonkarzinoms bestehe, seines Erachtens operativ entfernt werden, so dass diese leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht persistiere. Die leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die berufliche Tätigkeit als ... betrage bis zur Entfernung des Port-à-Cath maximal 15 bis 20 %. Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch mit vermindertem Tempo über den Tag verteilt geleistet werden. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit – in einem temperierten (Raumluft) Raum, beschränkt auf leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten mit der Möglichkeit zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln sowie unter Einhaltung der Rückenergonomie (wünschenswert) – bestehe zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 12).

Die Beschwerden könnten mit der Umsetzung der folgenden empfohlenen und zumutbaren medizinischen Massnahmen möglicherweise günstig beeinflusst werden: 1. In der Schmerzreserve Einsatz einfacher Analgetika vom Paracetamol-Typ und, sofern diese nicht ausreichen, Einsatz der bewiesenermassen sich günstig auf die Beschwerden auswirkenden nichtsteroidalen Entzündungshemmer, 2. Bei Bedarf repetitive subakromiale Steroidinfiltrationen, 3. Zuführen zu medizinisch zumutbaren, gewichtsreduzierenden Massnahmen, 4. Intensivierung der antidiabetischen Medikation, 5. Anhalten zu allgemein aktivierenden Bewegungsübungen, Instruktion in

einem Turn-Heimprogramm oder Teilnahme an einer institutionalisierten medizinischen Trainingstherapie sowie 6. Stopp des Nikotinkonsums. Insgesamt sei die Prognose gut. Der Beschwerdeführer habe die Möglichkeit, seine Motivation und seine Eigenverantwortung zu beweisen, indem er die erwähnten Massnahmen umsetze, was – aus somatischer Sicht beurteilt – indiziert und in der Umsetzung auch zumutbar sei. Bezüglich der zu beurteilenden Schulterbeschwerden links bestünden therapeutische Optionen. Ungünstig sei hingegen die Wahrscheinlichkeit, dass der Beschwerdeführer nach langanhaltender beruflicher Arbeitsabstinenz wieder beruflich tätig werde. Diesbezüglich seien die erwähnten krankheitsfremden Faktoren massgebend ursächlich (S. 13).

3.1.4 Dr. med. H. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, explorierte den Beschwerdeführer am 11. März 2014. Im dazugehörigen Gutachten vom 18. März 2014 (act. II 37.1) hielt sie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die folgenden Diagnosen fest: Ein chronifiziertes lumbales und lumboischialgieformes / lumbofemoralgieformes Schmerzsyndrom rechts mit / bei LWS-Fehlform/-haltung sowie degenerativen LWS-Veränderungen (leicht- bis mässiggradige Osteochondrose der gesamten LWS mit p. m. L2/3, hier auch chronisch erosiven Veränderungen, leicht- bis mässiggradige Spondylarthrose, flache dorsomediane DH L1/2, L3/4 und L4/5 mit leichtgradiger Eindellung des Duralschlauches ohne resultierende Neurokompression, rechts mediolaterale gering nach kaudal luxierte DH L2/3 mit Eindellung des Duralschlauches ohne sichere Neurokompression). Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden nicht gestellt (S. 17).

Die bisherige Tätigkeit im ... sei dem Beschwerdeführer ab Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von 10 bis maximal 20 % während 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche zumutbar. In körperlich mittelschweren und körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeiten unter Gewährleistung der Einhaltung der Rückenergonomie, einer rückenergonomischen Arbeitsplatzgestaltung bzw. von rückenergonomischen Verhaltensweisen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche ohne Leistungsminderung (S. 21 ff.).

Zu möglichen medizinischen Massnahmen äusserte sich Dr. med. H._____ wie folgt: Die körperlichen Beeinträchtigungen würden sich durchaus vermindern lassen. Aus Sicht des Fachgebietes Neurochirurgie werde hier zunächst die Durchführung bzw. Fortführung konservativer Behandlungsmassnahmen mit bedarfsweiser medikamentöser analgetischer Behandlung, intermittierender krankengymnastischer Übungsbehandlung, flankierenden balneophysikalischen Massnahmen und einem regelmässig eigentätig durchzuführenden Heimübungsprogramm empfohlen. Dringend anzuraten seien darüber hinaus eine bewegungsaktive Lebensweise und Gewichtsoptimierung zur statischen Entlastung des Stütz- und Bewegungsapparates. Bei konsequenter Umsetzung sei ein Erfolg innert ca. sechs Monaten beurteilbar (S. 22 Ziff. 8 f.).

3.1.5 In der interdisziplinären Beurteilung vom 21. März 2014 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin; act. II 38) hielten die Dres. med. G._____ und H._____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes lumbales und lumboischialgieformes / lumbofemoralgieformes Schmerzsyndrom rechts mit / bei LWS-Fehlform/-haltung und degenerativen LWS-Veränderungen (leicht- bis mässiggradige Osteochondrose der gesamten LWS mit p. m. L2/3, hier auch chronisch erosiven Veränderungen, leicht- bis mässiggradige Spondylarthrose, flache dorsomediane DH L1/2, L3/4 und L4/5 mit leichtgradiger Eindellung des Duralschlauches ohne resultierende Neurokompression, rechts mediolaterale gering nach kaudal luxierte DH L2/3 mit Eindellung des Duralschlauches ohne sichere Neurokompression) fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde anamnestisch eine Periarthropathia humeroscapularis links festgehalten (S. 1). Körperlich schwere Tätigkeiten und mithin auch die bisherige Tätigkeit seien mit geringen Einschränkungen, in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche bei dabei verminderter Leistungsfähigkeit von 10 bis maximal 20 % zumutbar. Körperlich mittelschwere und körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten seien ohne Einschränkungen, somit in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche ohne dabei bestehende verminderte Leistungsfähigkeit zumutbar (S. 2). Die körperlichen Beeinträchtigungen würden sich durch medizinische Massnahmen durchaus vermindern lassen. Aus interdisziplinärer Sicht werde hier zunächst die Durchführung bzw. Fortführung

konservativer Behandlungsmassnahmen mit bedarfsweiser medikamentöser analgetischer Behandlung, intermittierender krankengymnastischer Übungsbehandlung, flankierenden balneophysikalischen Massnahmen, einem regelmässig eigentätig durchzuführenden Heimübungsprogramm, gegebenenfalls die Durchführung subakromialer Steroidinfiltrationen, daneben eine Optimierung der antidiabetischen Medikation sowie das Sistieren des Nikotingebrauchs empfohlen. Dringend anzuraten sei darüber hinaus eine bewegungsaktive Lebensweise und eine Gewichtsoptimierung zur statischen Entlastung des Stütz- und Bewegungsapparates. Eine operative Behandlung stehe bei derzeitiger Befundlage nicht zur Diskussion (S. 3).

3.1.6 Der RAD-Arzt Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2014 (act. II 42) fest, der Beschwerdeführer habe sich wegen des Krebsleidens vom 20. Dezember 2011 bis 5. Juni 2012 einer Chemotherapie unterziehen müssen. Eine solche könne die Arbeitsfähigkeit erheblich einschränken. Man dürfe davon ausgehen, dass das Zumutbarkeitsprofil wie es die Gutachter Dres. med. G._____ und H._____ gezeichnet hätten, sechs Monate nach Beendigung der Chemotherapie, also ab 5. Dezember 2012, gültig sei.

In einem weiteren Bericht vom 6. Februar 2015 (act. II 55) führte Dr. med. I._____ aus, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seien die unerwünschten Wirkungen der durchgeführten Chemotherapie – wie bei der überwiegenden Mehrheit der betroffenen Menschen – nach einem halben Jahr weitgehend überwunden gewesen. Ein psychisches Leiden bestehe laut Dr. med. F._____ nicht (vgl. act. II 27 bzw. E. 3.1.2 hiervor). Wenn der vorliegende Diabetes mellitus Typ 2 auf eine Gewichtsreduktion und / oder orale Antidiabetika nicht genügend anspreche, stehe die einfache Anwendung von Insulin zur Verfügung. Die Stoffwechselstörung schränke die Arbeitsfähigkeit nicht ein, wenn ihr mit etwas Disziplin begegnet werde. Von einem stabilen Defektzustand könne keine Rede sein.

3.2 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich bei Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 14. Mai 2015 (act. II 62) massgeblich auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. G. _____ und H. _____ (act. II 36.1, 37.1, 38) sowie den RAD-Bericht von Dr. med. I. _____ vom 4. Juni 2014 (act. II 42) gestützt.

3.3.1 Das Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert derartiger Berichte gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor). Es ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden sowie die erhobenen Befunde und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Im Weiteren leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die Schlussfolgerungen sind begründet. Die Gutachter führten überzeugend aus, dass aus neurochirurgischer Sicht aufgrund des diagnostizierten chronifizierten lumbalen und lumboischialgieformen bzw. lumbofemoralgieformen Schmerzsyndroms für körperlich schwere Tätigkeiten eine um 10 bis maximal 20 % verminderte Rückenbelastbarkeit, aus rheumatologischer Sicht hingegen keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliege (act. II 38 S. 1 f.). Dabei hielten die Dres. med. G. _____ und H. _____ ex-

plizit fest, dass sich die körperlichen Beeinträchtigungen durch medizinische Massnahmen vermindern liessen (act. II 38 S. 3). An die Eigenverantwortlichkeit des Beschwerdeführers im Sinne von Nikotinabstinenz, Gewichtsabnahme, Ermutigung zu mehr sportlicher Aktivität sowie Vermeidung eines regelmässigen Alkoholkonsums appellierten die Ärzte in der Vergangenheit bereits mehrfach (act. II 22 S. 8, 10, 12; vgl. auch act. II 55). Diese Massnahmen wie auch die von den Gutachtern unter anderem empfohlene bedarfsweise Medikation sind dem Beschwerdeführer im Rahmen der Schadenminderungspflicht im Sinne von Art. 7 Abs. 1 IVG denn auch zumutbar. Hinzu kommt, dass die obengenannten Faktoren invaliditätsfremd sind und somit keinen Rentenanspruch zu begründen vermögen. So führte Dr. med. J. _____, Facharzt für Medizinische Onkologie sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, bereits im Bericht vom 26. September 2013 aus, die Hauptproblematik liege wohl in der beruflichen bzw. sozialen Situation (act. II 24 S. 3).

Hinsichtlich des Zeitpunktes, ab welchem das von den Gutachtern ermittelte Leistungsprofil Gültigkeit hat, ist nachstehendes zu beachten: Aufgrund der vom 20. Dezember 2011 bis 5. Juni 2012 durchgeführten Chemotherapie des Kolonkarzinoms ist eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit während dieser Zeit bzw. ab Zeitpunkt der notfallmässigen Hospitalisation vom 7. November 2011 ohne weiteres ausgewiesen (vgl. act. II 7.2, 7.3, 22 S. 8, 24 S. 2). Für die Zeit nach der Chemotherapie (5. Juni 2012) führte der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ nachvollziehbar aus, dass das medizinisch geänderte Zumutbarkeitsprofil sechs Monate nach Beendigung der entsprechenden Therapie und somit ab 5. Dezember 2012 gültig sei (act. II 42 S. 2, 55 S. 2).

3.3.2 Soweit der Beschwerdeführer ausführt, das Gutachten sei vor der mit BGE 141 V 281 erfolgten Praxisänderung erfolgt und erfülle die damit gestellten Anforderungen an die Schlüssigkeit eines Gutachtens nicht (vgl. Beschwerde S. 3 f.), vermag diese Kritik nicht durchzudringen. Die geänderte Rechtsprechung gilt für anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und für vergleichbare psychosomatische Leiden (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.2). Eine solche Diagnose wurde vorliegend nicht gestellt, was zwischen den Parteien denn auch unbestritten ist (vgl. Beschwerdeantwort

S. 3 Ziff. 9, Replik S. 1). Diesbezüglich macht der Beschwerdeführer jedoch geltend, dass es nicht auf die Diagnosestellung, sondern auf die vorliegenden Beschwerden ankomme, welche in casu als somatoforme Schmerzstörungen zu bezeichnen seien (Replik S. 1 f.). Aufgrund des gezeichneten Beschwerdebildes und der dabei unter anderem geschilderten Rückenschmerzen (act. II 37.1 S. 7 Ziff. 2, 36.1 S. 2) wurde die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung aber zu Recht nicht erhoben. Auch hier ist erneut insoweit an die Mitwirkung des Beschwerdeführers zu appellieren, als Dr. med. G. _____ in seiner Untersuchung festhielt, die tief lumbalen Bewegungen würden in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung, in der die axialen Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet werden, als schmerzhafter eingestuft als bei möglichst entspannter, liegender Körperhaltung (act. II 36.1 S. 5). Eine Gewichtsreduktion würde wohl bereits eine gewisse Linderung bringen, führte Dr. med. G. _____ doch aus, gewichtsreduzierende Massnahmen seien indiziert (act. II 36.1 S. 10, vgl. auch S. 12). Einen korrelierenden Weichteilbefund wie beispielsweise eine Myogelose oder einen Triggerpunkt konnte Dr. med. G. _____ nicht objektivieren (act. II 36.1 S. 5). Was die Schmerzen in der linken Schulter betrifft, so bilden sich diese bei Einnahme entsprechender Medikation zurück und wurden diesbezüglich denn auch seit Jahren keine weiteren Behandlungen und Abklärungen mehr getroffen, wobei therapeutische Optionen bestehen würden (act. II 36.1 S. 2, 13). Insgesamt ist festzuhalten, dass die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 vorliegend keine Anwendung findet.

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Replik S. 2) war auch eine psychiatrische Begutachtung nicht angezeigt. Dr. med. F. _____ führte im Bericht vom 18. November 2013 (act. II 27) schlüssig aus, es würde keine psychiatrische Diagnose im engeren Sinne vorliegen, der Beschwerdeführer sei mit seiner Krankheitsverarbeitung beschäftigt. Darauf durfte die Beschwerdegegnerin in der hier angefochtenen Verfügung denn auch zu Recht abstellen. Der von der den Beschwerdeführer seit 11. Mai 2015 behandelnden Dr. med. K. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eingereichte Bericht vom 10. Oktober 2015 (Beschwerdebeilagen [act. I] 5) vermag die Einschätzung der Gutachter nicht umzustossen. Einerseits war die Inanspruchnahme psych-

iatrischer Hilfe – damals bei Dr. med. F. _____ – den Gutachtern im Explorationszeitpunkt im März 2014 bereits bekannt (vgl. act. II 37.1 S. 6). Andererseits weist Dr. med. K. _____ in Bezug auf die Medikamente ebenfalls auf eine erschwerte Compliance hin. Trotz eingehender Erklärung werde diese nicht immer verstanden, Medikamente würden zum Teil falsch eingenommen oder ohne Absprache wieder abgesetzt. Aktuell würden keine Psychopharmaka eingenommen. Unter Berücksichtigung der von Dr. med. K. _____ erhobenen Anamnese und Befunde überzeugt ihre Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode (ICD-10 F32.11) nicht. Die reine Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) ist ebenfalls nicht massgebend. Weiter fällt die diagnostizierte erhebliche psychosoziale Belastungssituation mit Anpassung (Z60.0) an die neuen Lebensumstände sowie finanziellen und sozialen Folgen (Z73.3) als Z-Kodierung nicht unter den Begriff der rechtserheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung (Entscheid des BGer vom 6. November 2012, 9C_437/2012, E. 3.3). Soweit als Diagnose eine deutliche Rezidiv- und Progredienzangst sowie eine stockende Krankheitsverarbeitung in Bezug auf die Krebserkrankung ausgeführt wird, ist diese in keinem anerkannten Klassifikationssystem zu finden, weshalb sie unbeachtlich bleibt. Schliesslich darf und soll das Gericht in Bezug auf Atteste von behandelnden Spezialärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese 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; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Im Übrigen äussert sich Dr. med. K. _____ nicht zu einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit.

Bezüglich des im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichts von Dr. med. L. _____, Facharzt für Rheumatologie sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 6. Oktober 2014 (act. I 4) ist darauf hinzuweisen, dass dieser die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt hat. Auch er verwies auf notwendige Massnahmen wie eine Gewichtsreduktion und physiotherapeutische Behandlung.

Was die neu geltend gemachten Fussbeschwerden betrifft (vgl. act. I 6 f.), so wurden solche bisher nicht erwähnt, insbesondere nicht gegenüber den

Gutachtern. Der Beschwerdeführer erwähnte gegenüber Dr. med. G._____ lediglich, dass die Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule, wenn sie im unteren Rückenbereich aufträten, diffus ins rechte Bein, unter Betonung der Aussenseite des rechten Beines bis auf Höhe des Aussenrandes des rechten Fusses ausstrahlen könnten (act. II 36.1 S. 2). Diese Beeinträchtigungen scheinen vorübergehenden Charakter zu haben. Eine Arbeitsunfähigkeit vermögen sie jedenfalls nicht zu begründen, eine solche wurde von den Ärzten des Spitals X._____ denn auch nicht attestiert (vgl. act. I 6 f.).

3.3.3 Insgesamt vermögen die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwände das beweiskräftige Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen und es ist vollumfänglich darauf abzustellen. Der medizinische Sachverhalt wurde ausreichend abgeklärt und auf die Einholung des vom Beschwerdeführer beantragten gerichtlichen Gutachtens kann in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden.

Nach dem Dargelegten ist somit erstellt, dass der Beschwerdeführer aufgrund eines Kolonkarzinoms bzw. dessen chemotherapeutischer Behandlung vom 7. November 2011 bis 4. Dezember 2012 sowohl in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war. Ab 5. Dezember 2012 ist er in einer körperlich mittelschweren sowie in körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Einschränkungen oder verminderte Leistungsfähigkeit wiederum zu 100 % arbeitsfähig. Körperlich schwere Tätigkeiten und mithin auch die bisherige Tätigkeit sind bei dabei verminderter Leistungsfähigkeit von 10 bis maximal 20 % in einem 100 %-Pensum zumutbar.

4.

Aufgrund des soeben ermittelten Zumutbarkeitsprofils (vgl. E. 3.3.3 hiavor) ist nachstehend der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliede-

rungsmassnahmen 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).

4.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohn-strukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

4.4 Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab 7. November 2011 (vgl. E. 3.3.3 hiervor, Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) sowie der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 16. April 2012 (act. II 2) der 1. November 2012 (Art. 29 Abs. 1 IVG). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. BGE 129 V 222).

4.5 Da vom 7. November 2011 bis 4. Dezember 2012 sowohl in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestand (vgl. E. 3.3.3 hiervor), erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Dem Beschwerdeführer ist ab 1. November 2012 eine ganze IV-Rente auszurichten.

4.6 Mit dem geänderten Zumutbarkeitsprofil ab 5. Dezember 2012 liegt ein medizinischer Revisionsgrund im Sinne einer gesundheitlichen Verbesserung vor (vgl. E. 2.5 und 3.3.3 hiervor), womit ein Einkommensvergleich vorzunehmen ist.

Der Beschwerdeführer hat seine zuletzt vom 4. Oktober 2004 bis 14. Oktober 2013 innegehabte Anstellung als ... bei der Z. _____ wegen seiner 100%igen Arbeitsunfähigkeit und somit aus gesundheitlichen Gründen verloren (act. II 40 S. 1 Ziff. 2). Es ist daher ohne weiteres davon auszugehen, dass er ohne Gesundheitsschaden nach wie vor in derselben Unternehmung tätig wäre. Mit Blick darauf, dass zwischen 2007 und 2011 Lohnschwankungen im Bereich von Fr. 43'611.-- und Fr. 73'495.-- bestanden (vgl. act. II 39), ist das Vorgehen der Beschwerdeführerin, ein Durchschnittseinkommen der letzten fünf Jahre vor Eintritt des Gesundheitsschadens zu ermitteln, nicht zu beanstanden. Das Valideneinkommen ist somit – unter jährlicher Vornahme der Indexierung auf das Jahr 2012 (vgl. Tabelle 39, Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallohne, 1976-2012 [2/2], Index Männer) – auf Fr. 64'413.15 ([Fr. 46'615.-- + Fr. 66'316.70 + Fr. 75'284.20 + Fr. 70'430.-- + Fr. 63'419.75.--] / 5) festzusetzen.

Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im ihm zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen anhand der statistischen Werte gemäss LSE zu ermitteln. Gestützt auf die Tabelle TA1 der

LSE 2012, Total, Männer, Kompetenzniveau 1, aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit, resultiert für das Jahr 2012 ein Lohn von Fr. 65'177.10 (Fr. 5'210.-- x 12 / 40 x 41.7 [vgl. Tabelle 03.02.03.01.04.01 des BFS, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen]). Der von der Beschwerdegegnerin gewährte statistische Abzug von 10 % (vgl. act. II 62 S. 12) ist dabei nicht zu beanstanden, womit im Jahr 2012 ein Invalideneinkommen von Fr. 58'659.40 (Fr. 65'177.10 x 0.9) resultiert.

4.7 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 64'413.15 und einem Invalideneinkommen von Fr. 58'659.40 ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 5'753.75, was einem rentenausschliessenden IV-Grad von gerundet 9 % entspricht (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123; vgl. E. 2.3 hiervor). Demnach ist die seit 1. November 2012 auszurichtende Rente unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV per 31. März 2013 einzustellen.

5.

Zusammenfassend ist dem Beschwerdeführer eine vom 1. November 2012 bis 31. März 2013 befristete ganze IV-Rente zuzusprechen. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechters und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen

(Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Eingaben des Beschwerdeführers vom 20. Oktober und 2. November 2015)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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