

200 15 821 IV
SCI/SAW/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Dezember 2015

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Winiger

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. August 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1962 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) reiste am 18. Juli 2002 in die Schweiz ein und war ab 1. März 2006 bis 31. Dezember 2013 als ... erwerbstätig (Akten der Invalidenversicherung [IV; act. II] 1 S. 1 Ziff. 1.6; 13; 15 S. 3). Am 8. Februar 2011 stürzte er während der Arbeit von einer Leiter (act. II 16 S. 32) und beklagte in der Folge immer wieder Rückenschmerzen (act. II 16 S. 28). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (fortan SUVA) anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (act. II 16 S. 31 f.).

Am 25. August 2014 (act. II 1) meldete sich der Versicherte wegen chronischen Rückenschmerzen bei der IV zum Leistungsbezug an. Daraufhin holte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) bei der SUVA die Unfallakten ein (act. II 16) und führte weitere medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Nachdem sie bei Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine Stellungnahme, datiert vom 21. Januar 2015 (act. II 37), eingeholt hatte, stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 4. Februar 2015 (act. II 38) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 10% die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch C._____, am 10. März 2015 (act. II 44) Einwand und beantragte insbesondere eine Teilrente. Zudem liess er am 27. April 2015 (act. II 46) einen Bericht des behandelnden Dr. med. D._____, Facharzt für Anästhesiologie FMH, vom 20. April 2015 (act. II 46 S. 2) einreichen. Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme bei Dr. med. B._____ vom 24. Juni 2015 (act. II 48) hielt die IVB an ihrer Beurteilung fest und verfügte am 12. August 2015 (act. II 50) wie im Vorbescheid angekündigt. Dabei erwog sie hauptsächlich, aus medizinischer Sicht sei dem Versicherten die Ausübung einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit im Wechsel von vorwiegend Sitzen, zeitweise Gehen und Stehen in einem Vollpensum möglich und zumutbar.

B.

Gegen die Verfügung vom 12. August 2015 erhob der Versicherte am 14. September 2015 Beschwerde und beantragte deren Aufhebung sowie die Zusprache einer Invalidenrente. Ferner ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 12. August 2015 (act. II 50). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers 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 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 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 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).

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).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Der behandelnde Orthopäde Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostizierte im Bericht vom 7. Juli 2011 (act. II 16 S. 17) ausstrahlende Schmerzen ins Gesäss links sowie in die Beine (beidseits) bei rezessaler Stenose L4/5 links, breitbasiger Discusprotrusion L4/5 und Discopathie L3/4, L4/5 und L5/S1 sowie rezidivierende Hals- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in die Oberarme (beidseits). Die Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) sei unauffällig gewesen bei leichten Druckschmerzen über C3 bis C5. Ferner bestünde ein Druckschmerz über dem Iliosakralgelenk sowie über dem linken Gesäss, wobei ansonsten eine normale Sensibilität, Motorik und Kraft der unteren Extremitäten bei seitengleich normal auslösbaren Reflexen habe festgestellt werden können. Die Magnetresonanztomographie (MRI) der Halswirbelsäule (HWS; act. II 16 S. 20) habe keinen Nachweis relevanter degenerativer Veränderungen oder Discopathologien gezeigt. Im MRI der Lendenwirbelsäule (LWS; act. II 16 S. 13) seien eine rezessale Stenose L4/5 bei breitbasiger Discusprotrusion L4/5 und Discopathien L3/4, L4/5 und L5/S1 ersichtlich gewesen.

In der Folge führte Dr. med. E. _____ am 15. Juli 2011 (act. II 16 S. 19) und am 25. Januar 2012 (act. II 16 S. 15) epidurale Infiltrationen L4/5 sowie Facettengelenksinfiltrationen L4/5 beidseits mit gutem Erfolg durch (vgl. auch Sprechstundenbericht vom 31. August 2011, act. II 16 S. 27).

3.1.2 Im Mai und Juni 2013 erfolgten zwei weitere Infiltrationen (act. II 20 S. 16 ff.). Im Bericht vom 17. September 2013 (act. II 14) diagnostizierte

Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, chronische Lumbalgien sowie beidseits Beinschmerzen mit fraglicher Claudicatio spinalis-Symptomatik mit/bei Chondrosen L3 bis S1, Spondylarthrosen L3 bis S1, Bandscheibenprotrusion L3/4 und L4/5 mit zentralen mittelgradigen Spinalstenosen, linksbetonter Bandscheibenprotrusion L5/S1 mit foraminale Einengung der Wurzel L5 links und bei Status nach Facettengelenksblockade L4/5 beidseits im April 2013, L5/S1 beidseits im Mai 2013 und L3/4 im Juni 2013. Als Nebendiagnose führte er rezidivierende Nacken- und Halsschmerzen mit Ausstrahlungen in beide Oberarme aus. Der positive Effekt der Infiltrationen sei zwischenzeitlich regredient; der Patient leide wieder verstärkt unter Rückenschmerzen und Schmerzausstrahlungen in das linke Bein. Die ambulante Physiotherapie habe ihm zwar gut getan, ein längerfristiger positiver Effekt sei jedoch nicht eingetreten (S. 1). Im Weiteren kam Dr. med. F. _____ zum Schluss, dass die angestammte Tätigkeit in einer ... mit regelmässigem Tragen schwerer Gegenstände die lumbale Schmerzsymptomatik verstärke und der Patient in dieser Tätigkeit längerfristig nicht mehr zu 100% arbeitsfähig sei. Er habe dem Patienten zur Aufnahme einer wechselbelastenden Arbeit geraten (S. 2).

3.1.3 Am 6. Oktober 2014 (act. II 20 S. 2) nannte der Hausarzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, als Diagnose eine untere Rückensymptomatik resp. Rückenbeschwerden bestehend seit Mai 2011 (S. 2 Ziff. 1.1). Ab 16. Januar bis 30. September 2014 attestierte er bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit in der Höhe von 50% (S. 3 Ziff. 1.6) und hielt gleichzeitig fest, ab Januar 2015 könne mit der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit in einer leichten körperlichen Arbeit zu 100% gerechnet werden (S. 4 Ziff. 1.9, S. 6).

3.1.4 Im Arztbericht vom 2. Dezember 2012 (richtig 2014; act. II 30) diagnostizierte Dr. med. D. _____, Facharzt für Anästhesiologie, eine linksbetonte Bandscheibenprotrusion mit Einengung der Wurzel L5 links und eine mittelgradige Spinalkanalstenose L3 bis L5 bei degenerativen Veränderungen der LWS (S. 2 Ziff. 1). Ab September 2013 bis auf weiteres attestierte er in der angestammten Tätigkeit eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit und erklärte mittelschwere körperliche Arbeiten für nicht möglich (S. 3 f. Ziff.

1.6). Die Frage, ob mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne, beantwortete er zudem mit nein (S. 4 Ziff. 1.9). Hingegen gab er im Leistungsprofil an, leichte und wechselbelastende Arbeiten seien ohne zeitliche Einschränkungen möglich (S. 6).

3.1.5 Im Rahmen der Aktenbeurteilung vom 21. Januar 2015 (act. II 37) diagnostizierte der RAD-Arzt Dr. med. B._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, ein pseudoradikuläres LWS Syndrom bei degenerativen Veränderungen, sekundäre überlastungsbedingte Tendomyopathien ohne derzeitigem Nachweis einer radikulären Symptomatik. Unter Heranziehung der Vorbefunde zeige sich seit 2010 eine wiederkehrende LWS-Problematik mit teils ausstrahlenden Schmerzen diffus in die unteren Extremitäten. Aus den diagnostischen Massnahmen ergäben sich Hinweise für Einengungen einzelner Foramina (Einengung des Nervenaustrittskanals der Wirbelsäule), ohne dass im letzten MRI Befund vom 18. September 2014 (act. II 20 S. 8), neben der Arthrose einzelner kleiner Wirbelgelenke und einer Bandscheibenvorwölbung, eine sicher nachzuweisende Einengung der Nervenwurzel oder Anhaltspunkte für eine relevante Spinalkanalstenose gesehen worden seien. Zusammenfassend könne davon ausgegangen werden, dass es aufgrund der Fehlstellung zu sekundären überlastungsbedingten muskulären Reaktionen und damit einhergehend zu Einschränkungen der Beweglichkeit, der Belastbarkeit und somit auch der Leistungsfähigkeit komme. Allerdings könne erwartet werden, dass sich unter einer jeweils adäquaten multimodalen Therapie und einem regelmässigen Eigenübungsprogramm zusammen mit dem Einsatz von schmerzreduzierenden Medikamenten diese Problematik reduzieren lasse und die Belastbarkeit sowie die Leistungsfähigkeit wieder anstiegen (S. 7).

Zum Zumutbarkeitsprofil führte Dr. med. B._____ aus, einseitige Belastungen der LWS wie Zwangshaltungen (länger anhaltende Arbeiten in Rumpfvorbeugung oder über dem Kopf, Arbeiten in niedrigen Räumen unter einem Meter Höhe, die eine extreme Rumpfvorbeuge erfordern), regelmässige Arbeiten, die häufiges Treppensteigen und/oder das Besteigen von Leitern und Gerüsten erfordern, regelmässiges Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm sowie längeres Arbeiten in der Kälte und

Nässe seien zu vermeiden. Unter Beachtung der qualitativen Einschränkungen könne aus internistisch-rheumatologischer Sicht eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit im Wechsel von vorwiegend Sitzen, zeitweise Gehen und Stehen an achteinhalb Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche ausgeführt werden (S. 8).

3.1.6 In der Stellungnahme vom 20. April 2015 (act. II 46 S. 2) zuhanden der Vertretung des Beschwerdeführers führte Dr. med. D. _____ aus, der Patient leide unter einer schweren therapieresistenten Radikulopathie der lumbalen Nervenwurzeln nach Bandscheibenvorfall mit invalidisierenden Lumboischialgien. Die bisherigen therapeutischen Massnahmen inkl. Steroidinfiltrationen der Nervenwurzeln hätten die Beschwerden nur vorübergehend verbessert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage daher auf jeden Fall mehr als 50% bei angepasster Tätigkeit, wobei statische Arbeiten und das Heben von Lasten über zehn Kilogramm ausgeschlossen seien.

3.1.7 Am 24. Juni 2015 (act. II 48) nahm der RAD-Arzt zum Bericht von Dr. med. D. _____ vom 20. April 2015 Stellung und führte aus, insgesamt ergäben sich daraus keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte hinsichtlich seines Berichtes vom 21. Januar 2015. Angesichts der von Dr. med. D. _____ beschriebenen therapieresistenten Wurzelreizung (Radikulopathie) sei das Zumutbarkeitsprofil jedoch dahingehend abzuändern als nicht mittelschwere sondern nur noch leichte Tätigkeiten möglich seien. Das regelmässige Heben von Lasten über zehn Kilogramm ohne mechanische Hilfe sei zu vermeiden. Weitere Änderungen ergäben sich aus internistisch-rheumatologischer Sicht hingegen nicht.

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).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubewerten. 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 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 12. August 2015 (act. II 50) massgeblich auf die Aktenbeurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. B. _____ vom 21. Januar und vom 24. Juni 2015 (act. II 37; 48) gestützt. Dies ist nicht zu beanstanden.

Dr. med. B. _____ hat sich in seinen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen

des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen gestützt auf die von den behandelnden Fachärzten erhobenen Befunde und in Kenntnis deren Einschätzungen abgegeben. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet. Ferner sind die Darlegungen für die streitigen Belange umfassend. Dass Dr. med. B._____ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hat, vermag den Beweiswert seiner Berichte – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 1) – nicht zu beeinträchtigen. Denn nach der Praxis kann auch einer reinen Aktenbeurteilung voller Beweis zukommen. Dies setzt voraus, dass die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben, diese Daten unbestritten sind, der Untersuchungsbefund lückenlos vorliegt und sich der Experte aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen kann (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Dies ist vorliegend der Fall. Auf die beiden Aktenbeurteilungen vom 21. Januar und vom 24. Juni 2015 (act. II 37; 48) ist somit abzustellen.

Dr. med. B._____ hat in seinem Bericht vom 21. Januar 2015 (act. II 37) nachvollziehbar dargelegt, dass die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist, während bei einer angepassten leichten bis mittelschweren Arbeit im Wechsel von vorwiegend Sitzen, zeitweise Gehen und Stehen eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht (act. II 37 S. 7). Aufgrund der Ausführungen von Dr. med. D._____ vom 20. April 2015 (act. II 46 S. 2) hat er in der Folge das Belastungsprofil auf leicht geändert, an der Zumutbarkeit einer vollschichtigen Tätigkeit jedoch festgehalten (vgl. Bericht vom 24. Juni 2015, act. II 48). Diese Beurteilung ist nicht nur in sich schlüssig und überzeugend, sondern findet auch Rückhalt in den medizinischen Akten. So korreliert sie mit den Ergebnissen der letzten MRI Untersuchung vom 18. September 2014 (act. II 20 S. 8) und steht im Einklang mit den Einschätzungen der Orthopäden Dres. med. E._____ und F._____. Letzterer hatte im Bericht vom 17. September 2013 (act. II 14) schwere Arbeit als ... längerfristig als für wenig geeignet erachtet und dem Beschwerdeführer den Wechsel in eine angepasste, wechselbelastende leichtere Tätigkeit empfohlen. Beide

Orthopäden verfolgten allein einen konservativen Behandlungsansatz. Sie gingen für eine angepasste Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus. Dem stimmte auch der Hausarzt Dr. med. G. _____ im Bericht vom 6. Oktober 2014 (act. II 20) zu. Dass seit jenen Beurteilungen massgebliche somatische Veränderungen eingetreten wären, wurde weder geltend gemacht, noch finden sich diesbezüglich irgendwelche Anhaltspunkte in den Akten. Vielmehr ist festzustellen, dass Dr. med. F. _____ den Beschwerdeführer allein zur konservativen schmerztherapeutischen Behandlung an Dr. med. D. _____ zugewiesen hatte (act. II 14 S. 2) und anschliessend weder eine Anpassung des Behandlungssettings noch eine Rücküberweisung an den Orthopäden resp. an einen Facharzt der Neurochirurgie erfolgte, um erneut eine allfällige Operationsindikation zu prüfen.

Soweit der Schmerztherapeut Dr. med. D. _____, dessen Behandlung von der subjektiven Schmerzwahrnehmung des Beschwerdeführers auszugehen hat (vgl. Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4 und vom 11. Mai 2007, I 603/06, E. 3.2), die Leistungsfähigkeit tiefer einschätzte und in einer angepassten Tätigkeit eine mehr als 50%-ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. Bericht vom 20. April 2015; act. II 46 S. 2), kann ihm – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 1) – nicht gefolgt werden. Dies weil Dr. med. D. _____ seiner Beurteilung hauptsächlich das Vorliegen einer Radikulopathie der lumbalen Nervenwurzeln zu Grunde legte. Eine solche wurde anlässlich der MRI Untersuchung vom 18. September 2014 (act. II 20 S. 8) nicht bestätigt und steht damit auf jeden Fall nicht im Vordergrund. Zudem ging er im Widerspruch zu den bildgebenden und klinischen Befunden davon aus, die Radikulopathie sei „nach Bandscheibenvorfall“ entstanden. Weder bildgebend noch von einem der Orthopäden war eine Discushernie nachgewiesen bzw. attestiert worden (vgl. dazu auch die Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, zur Lumbalen Radikulopathie, abrufbar unter: www.dgn.org). Bildgebend zeigten sich zwar degenerative Befunde, eine relevante Nervenwurzelkompression oder Spinalkanalstenose wurde, insbesondere im letzten MRI im September 2014 (act. II 20 S. 8 f.), aber explizit verneint. Insoweit stimmt das

Therapiekonzept der reinen Schmerzbehandlung denn auch mit den erwähnten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie überein. Im Weiteren gilt festzuhalten, dass Dr. med. D. _____ in seiner ersten Leistungsbeurteilung ab September 2013 zwar eine Arbeitsunfähigkeit von 50% für die angestammte Tätigkeit attestiert, gleichzeitig aber eine leichte und wechselbelastende Arbeit ohne eine zeitliche Einschränkung für zumutbar bezeichnet hat (act. II 30 S. 3 Ziff. 1.6 und S. 6). Unter Berücksichtigung dieser Einschätzung ist die Stellungnahme vom 20. April 2015 nicht geeignet, Zweifel an der RAD-ärztlichen Beurteilung – die mit den übrigen Arztberichten in Übereinstimmung steht – zu wecken. Zumal sich – wie bereits dargelegt – die gesundheitliche Situation in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert hat (vgl. act. II 16 S. 9, 13; 20 S. 8).

3.4 Gestützt auf die vorliegenden Arztberichte steht fest, dass der medizinische Sachverhalt hinreichend erstellt ist und von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse für die hier relevante Zeit mehr zu erwarten sind. Der Einholung eines Gutachtens zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit bedarf es nicht (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.

4.1 Ausgehend von der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% in einer angepassten leichten Tätigkeit (vgl. E. 3.3 hiervor) ist der Invaliditätsgrad im Folgenden mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

4.1.1 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 EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.1.2 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 herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (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). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.2 Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Anmeldung vom 25. August 2014 (act. II 1) und in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) der 1. Februar 2015. Der Ein-

kommensvergleich ist auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (BGE 129 V 222).

4.2.1 Die letzte (und einzige in der Schweiz ausgeübte) Tätigkeit als ... könnte der Beschwerdeführer auch als Gesunder nicht mehr ausüben. Der frühere Arbeitgeber hat seine Tätigkeit zufolge Pensionierung aufgegeben und beschäftigt gemäss seinen Angaben vom 10. November 2014 (act. II 25 S. 5 Ziff. 3) keine Mitarbeiter mehr. Der Beschwerdeführer, der gemäss seinen Angaben in ... und ... zum ... ausgebildet worden war (act. II 1 S. 4), verfügt über keinen in der Schweiz verwertbaren Berufsabschluss. Er hätte dementsprechend mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit seines Arbeitgebers auch als Gesunder im breiten Bereich der Hilfsarbeitertätigkeit eine Arbeit suchen müssen. Unter diesen Umständen ist beim Valideneinkommen vom Tabellenlohn bzw. vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn für Männer bei einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Tabelle TA1 der LSE 2012, Kompetenzniveau 1, Totalwert) auszugehen. Das Invalideneinkommen ist mit Blick auf das ärztlich attestierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.3 hiervor) und den Umstand, dass der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, aufgrund desselben Tabellenlohns zu ermitteln. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung; diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 30. Juli 2012, 8C_365/2012, E. 7 mit Hinweis).

4.2.2 Die Beschwerdegegnerin hat in der hier angefochtenen Verfügung vom 12. August 2015 (act. II 50 S. 2) die Voraussetzungen zur Gewährung eines leidensbedingten Abzugs rechtsfehlerfrei geprüft und gestützt darauf einen in ihrem Ermessensbereich liegenden Tabellenlohnabzug von 10% gewährt (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Dieser ist angesichts der gesamten Umstände nicht zu beanstanden. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Ein solcher bestünde auch nicht, wenn der – hier nicht ausgewiesene – maximal zulässige Abzug vom Tabellenlohn von 25% (vgl. E. 4.1.2 hiervor) berücksichtigt würde; der Invaliditätsgrad beliefe sich diesfalls höchstens auf nicht rentenbegründende 25% (vgl. E. 2.2 hiervor).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 12. August 2015 (act. II 50) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

6.

6.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 111 Abs. 1 VRPG).

Die Prozessarmut ist aufgrund der Akten ausgewiesen (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 2 ff.). Auch kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist somit gutzuheissen.

6.2 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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

6.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (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. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.