

200 17 83 IV  
SCI/SHE/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 7. April 2017**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. Dezember 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1961 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 28. Mai 2015 unter Hinweis auf eine seit dem 2. August 2013 bestehende Arbeitsunfähigkeit bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte Abklärungen beruflicher und medizinischer Art. Schliesslich gewährte sie Frühinterventionsmassnahmen in Form von Arbeitsplatzhaltung (AB 23). Diese schloss sie mit Verfügung vom 12. Februar 2016 (AB 38) ab. Gestützt auf den Bericht von Dr. med. - C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 10. Mai 2016 (AB 44) stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 19. Mai 2016 (AB 45) in Aussicht, den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung abzulehnen, da es ihm möglich wäre, seinen angestammten Beruf zu 100% auszuüben. Hiergegen erhob der Versicherte (AB 47) bzw. die von ihm mandatierte Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ (AB 52) Einwände. Nach Einholung einer Stellungnahme beim RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2016 (AB 55) entschied die IVB mit Verfügung vom 21. Dezember 2016 (AB 56) wie im Vorbescheid angekündigt.

### **B.**

Mit Eingabe vom 27. Januar 2017 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_, hiergegen Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 21. Dezember 2016 sei aufzuheben und es sei ihm rückwirkend ab 1. November 2015 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und zum Neuentscheid betreffend Invalidenrente an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 1. März 2017 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 vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 21. Dezember 2016 (AB 56). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

**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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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

**2.3** 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** Von den Parteien unbestritten und durch die Akten erstellt ist, dass der Beschwerdeführer an einer chronischen Hepatitis B-Infektion sowie einem Diabetes mellitus Typ 2, beides erstmals im August 2013 diagnostiziert, leidet (vgl. u.a. AB 14/10). Was deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit betrifft, ist den Akten das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht vom 25. Juni 2014 (act. AB 14/10) hielt das Spital D.\_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe sich (aktuell) ikterisch und in reduziertem Allgemeinzustand präsentiert. Es sei von einem Schub der wahrscheinlich chronischen Hepatitis B auszugehen. Beim stationären Klinikaufenthalt vom 13. bis zum 18. Juni 2014 sei der Beschwerdeführer supportiv behandelt worden. Dabei hätten sich deutlich erhöhte Leberwerte gezeigt. Diese seien im Verlauf regredient gewesen. Zudem sei eine antivirale Therapie begonnen worden. Der Beschwerdeführer habe in der Folge in gebessertem Allgemeinzustand entlassen werden können. Für die Zeit des Klinikaufenthalts wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

**3.1.2** Der medizinische Berater der zuständigen Kollektivkrankentaggeldversicherung, der E.\_\_\_\_\_, hielt im Bericht vom 11. September 2014 (AB 21.2/8) fest, je nach Schweregrad einer chronischen Hepatitis B sei eine langfristige Arbeitsunfähigkeit möglich. Meist jedoch seien diese Patienten in einem guten Allgemeinzustand und arbeitsfähig. Aus den vorliegenden Akten könnten keine Rückschlüsse auf den Schweregrad der Hepatitis B, eventuell stattgehabte oder geplante Therapien etc., gezogen werden.

**3.1.3** Der behandelnde Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 23. Februar 2015 (AB 21.2/6) aus, im Juni 2014 hätte eine erneute Exacerbation der Hepatitis B-Infektion mit Gelbsucht, einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes und deutlich erhöhten Transaminasen stattgefunden. Es sei dann eine antivirale Therapie begonnen worden. Daneben bestehe seit Jahren ein Diabetes mellitus, sekundär insulinpflichtig (Ziff. 2 lit. a). Beim Beschwerdeführer bestehe eine allgemeine Abgeschlagenheit, keine Gewichtsabnahme, ein fehlendes Hungergefühl sowie ein intermittierender Juckreiz vor

allem am Rücken (lit. b). Zusätzlich diagnostizierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ eine Depression (Ziff. 1). Der Beschwerdeführer sei von ihm seit 17. November 2014 zu 50% (d.h. halbtags) arbeitsunfähig geschrieben. Vorher sei die Arbeitsunfähigkeit von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ festgelegt worden. Zurzeit sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit wegen der raschen Ermüdbarkeit und Schwäche nicht möglich (Ziff. 9).

**3.1.4** Dr. med. G. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 20. Juli 2015 (AB 14/1) aus, sowohl beim Diabetes mellitus als auch bei der chronischen Hepatitis B-Infektion handle es sich um chronische Krankheiten. Diese bedürften einer täglichen Behandlung mit Medikamenten, könnten aber dadurch gut unter Kontrolle gehalten werden (AB 14/2 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer klagte über seit August 2013 bestehende vermehrte Ermüdbarkeit. Diese könnte nebst der somatischen Ursache auch psychisch (mit)bedingt sein. Vermutlich habe der Beschwerdeführer, der bisher immer gesund gewesen sei, Mühe mit der Verarbeitung der bei ihm im August 2013 entdeckten chronischen Krankheiten (Ziff. 1.7). Im Moment arbeite er zu 50% als ..., jeweils am Morgen. In dieser Form scheine die bisherige Tätigkeit für den Beschwerdeführer zumutbar zu sein. Er betone auch immer, dass er gerne zur Arbeit gehe. Dabei bestehe eher keine verminderte Leistungsfähigkeit, allenfalls eine erhöhte Ermüdbarkeit (AB 14/3 Ziff. 1.3). Wie weit die im Fragebogen aufgelisteten Tätigkeiten möglich seien, sei für ihn (Dr. med. G. \_\_\_\_\_) schwierig einzuschätzen. Grundsätzlich bestehe aber kein körperliches Gebrechen, so dass diesbezüglich keine relevanten Einschränkungen bestünden. Dagegen bestehe subjektiv eine erhöhte Ermüdbarkeit (AB 14/5). Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit sei aus seiner (Dr. med. G. \_\_\_\_\_) Dokumentation nicht ersichtlich. Diesbezüglich sei mit dem Hausarzt des Beschwerdeführers Kontakt aufzunehmen (AB 14/2 Ziff. 1.6).

**3.1.5** Der behandelnde Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 18. August 2015 (AB 19) neben der Hepatitis B-Infektion und dem Diabetes mellitus Typ 2 erneut eine Depression bestehend seit 2013 (Ziff. 1.1) und hielt als ärztlichen Befund zwei Querfinger unter dem Rippenbogen bestehende diskrete Malleoarödeme fest. Sonst könnten zurzeit keine pathologischen Befunde in der klinischen Untersuchung erhoben

werden. Es sei mit keiner Besserung des jetzigen Gesundheitsschadens zu rechnen (Ziff. 1.4). Seit dem 17. November 2014 und bis auf weiteres bestehe eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Vorher sei der Beschwerdeführer 100% arbeitsunfähig gewesen. Diese Arbeitsunfähigkeit sei damals allerdings von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ festgelegt worden (Ziff. 1.6). Der Beschwerdeführer sei wegen einer chronischen Ermüdbarkeit, Abgeschlagenheit und einem Schwächegefühl nur halbtags arbeitsfähig. Er sei am Mittag erschöpft und müde, so dass er einen Nachmittagsschlaf brauche. Die Arbeitsfähigkeit sei dann nicht gegeben. Die bisherige Tätigkeit sei ihm im Rahmen eines Halbtagspensums zumutbar. Dabei bestehe keine Leistungsminderung (S. 2 Ziff. 1.7). Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei nicht möglich (Ziff. 1.9). Bei der Arbeit sei zudem auf eine Gewichtslimite von 20 kg zu achten (S. 3 Ziff. 1.13).

**3.1.6** In seiner Erstbeurteilung vom 5. Januar 2016 (AB 36) erwähnte der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ die von ihm den Akten entnommenen Diagnosen Chronische Hepatitis B, Diabetes mellitus Typ 2, „Depression“, Nikotinkonsum und kam zum Schluss, es seien für eine abschliessende Beurteilung seinerseits aktuellere medizinische Angaben erforderlich.

**3.1.7** Dr. med. G.\_\_\_\_\_ bezeichnete in dem daraufhin von der Beschwerdegegnerin bei ihm eingeholten Bericht vom 3. März 2016 (AB 43) den Gesundheitszustand als stationär (Ziff. 1). Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten die chronische Hepatitis B-Infektion sowie der Diabetes mellitus Typ 2 (Ziff. 3). Die Symptomatik bzw. der Zustand sei gegenüber dem Vorbericht vom 20. Juli 2015 unverändert (Ziff. 4). Der Beschwerdeführer beklage sich über vermehrte Ermüdbarkeit und ein vermehrtes Schlafbedürfnis. Er vertrage die antivirale Therapie gut (Ziff. 5). Die chronische Hepatitis B-Infektion sei nicht heilbar, die medikamentöse Therapie grundsätzlich unbefristet. Wenn der Beschwerdeführer die antivirale Therapie weiterhin regelmässig einnehme und gut toleriere, dürfe man langfristig von einem stabilen Verlauf ausgehen. In Bezug auf den Diabetes mellitus sei die Prognose etwas unsicherer. Auch bei guter Blutzuckereinstellung bestehe die Möglichkeit von Spätkomplikationen (S. 3 Ziff. 9). Ausser der erhöhten Ermüdbarkeit bestünden keine Einschränkungen (Ziff. 12). Der Beschwerdeführer arbeite zu 50% als ..., jeweils am Morgen (Ziff. 11). Dies

sei ihm zumutbar (Ziff. 13). Eine Steigerung sei auch mit beruflichen Massnahmen nicht möglich und zumutbar (Ziff. 15.2).

**3.1.8** Der RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ führte in seiner Aktenbeurteilung vom 10. Mai 2016 (AB 44) aus, die chronische Hepatitis weise keine konstante hohe entzündliche Aktivität auf (Transaminasen im Normbereich, Virämie nicht messbar, Negativität HBeAg). In diesem Kontext könne keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gerechtfertigt werden. Mit dem Sonographie-Befund vom Juni 2015 bestünden Hinweise auf eine chronische Hepatopathie ohne Zeichen einer Zirrhose. Medizinisch prognostisch wäre wichtig, die Indikation für eine Leberbiopsie zu evaluieren, um sicher zu sein, dass keine zusätzliche Nicht-alkoholische Steatohepatitis im Rahmen eines metabolischen Syndroms vorliege. Eine solche würde sich negativ auf die mögliche Entwicklung einer Zirrhose auswirken. Weil der Beschwerdeführer aktuell nicht an einer Leberzirrhose leide, würde dies seine Einschätzung aber nicht beeinflussen. Da die Krankheit nicht aktiv sei (Transaminasen im Normbereich, keine Virämie) und da keine Zirrhose vorliege, werde die Müdigkeit in der Beurteilung nicht berücksichtigt und er sehe keinen Grund, die Leistungsfähigkeit zu reduzieren. Müdigkeit sei ein Symptom, das nicht objektivierbar sei und in dem Zusammenhang könne die Müdigkeit keine objektiven funktionellen Einschränkungen auslösen, mit denen eine signifikante dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründet werden könnte. Anders würde es aussehen, wenn Transaminasen erhöht wären oder wenn die Virämie messbar wäre. Auch die antivirale Therapie würde gemäss dem Infektiologen keine Nebenwirkungen auslösen, die die Arbeitsfähigkeit beeinflussen könnte. Im gesamten Versicherungsdossier fänden sich keine objektiven funktionellen Einschränkungen, mit denen eine Arbeitsunfähigkeit/Leistungsminderung begründet werden könnte. Der Beschwerdeführer könnte zu 100% als ... ohne Leistungsminderung arbeiten. Von Seiten des Diabetes werde nichts Neues mitgeteilt. Macro-vaskuläre oder micro-vaskuläre Komplikationen seien nicht erwähnt und mindestens seien keine Komorbiditäten beschrieben, die objektive funktionelle Einschränkungen auslösen würden, mit denen eine dauerhafte signifikante Arbeitsunfähigkeit begründet werden könnte. Die vom Hausarzt gestellte Diagnose „Depression“ fand seitens des RAD-Arzttes keine Erwähnung mehr.

Zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren (AB 47 und 52) nahm Dr. med. C. \_\_\_\_\_ am 1. Dezember 2016 (AB 55) Stellung. Er führte zusammenfassend aus, eine Verschlechterung sei nicht ausgewiesen. Im Gegenteil sei seit 2013 eine Verbesserung dokumentiert. Der Diabetes mellitus sei unter Kontrolle und der Virus der Hepatitis B sei im Körper des Beschwerdeführers nicht mehr messbar. Im ganzen Dossier würden keine objektiven funktionellen Einschränkungen beschrieben, mit denen eine signifikante dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründet werden könnte. Die Tätigkeit als ... sei weiterhin zu 100% zumutbar ohne Leistungsminderung.

**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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 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. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf

mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. 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 mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht gestützt auf die RAD-Berichte von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2016 (AB 44) und 1. Dezember 2016 (AB 55). Demgegenüber sieht der Beschwerdeführer insbesondere aufgrund des Berichts von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 3. März 2016 (AB 43) einen Leistungsanspruch gegenüber der Beschwerdegegnerin bzw. eventualiter eine weitere Abklärungsnotwendigkeit als gegeben.

Weder die Berichte des RAD-Arztes Dr. med. C. \_\_\_\_\_ noch des behandelnden Dr. med. G. \_\_\_\_\_ eignen sich, um den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung rechtsgenügend zu beurteilen. In seinem ersten Bericht vom 20. Juli 2015 (AB 14/1) attestierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ ausdrücklich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Inzwischen hält er den Beschwerdeführer trotz eines stationären, möglicherweise zufolge der Medikation gar verbesserten Gesundheitszustandes und trotz seit dem Bericht vom Juli 2015 unverändert geklagten Symptomen nun konstant für 50% arbeitsunfähig (vgl. Bericht vom 3. März

2016 [AB 43] Ziff. 1, 4 und 13). Dies ist nicht nachvollziehbar. Seine Einschätzung genügt damit nicht, um die Arbeits- und Leistungsfähigkeit festzulegen. Es bestehen zudem erhebliche Anzeichen, dass Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vorab invalidenversicherungsrechtlich nicht relevante, allein subjektiv geklagte Beschwerden wie auch das hierdurch bestimmte effektive Arbeitspensum in seine Beurteilung miteinbezogen hat. In diesem Rahmen nachvollziehbar und mit den Akten in Übereinstimmung stehend hat der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ darauf hingewiesen, dass die Erkrankungen aktuell grundsätzlich unter Kontrolle sind. Das ändert aber nichts daran, dass die Erkrankungen (unbestritten) nach wie vor bestehen, sich gegenseitig beeinflussen und dauernd medikamentös behandelt werden. Mit Blick auf die Erkrankungen und die Medikation, worauf Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar hingewiesen hat, ist eine Einschränkung nicht ausgeschlossen. In diesem Sinne überzeugt es nicht, wenn der RAD-Arzt schliesslich die geklagte Müdigkeit unkritisch aus seiner Beurteilung ausklammert und bei zwei eigenständigen Erkrankungen (Diabetes und Hepatitis B) eine Komorbidität verneint. Eine Begründung hierfür fehlt. Es ist denn auch nicht nachvollziehbar, worauf die Aussage des RAD-Arztes basiert, der behandelnde Arzt habe selbst ausgeführt, die antivirale Therapie habe keine Nebenwirkung.

Wie von der Beschwerdegegnerin korrekt ausgeführt, haben sich mit dem RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zwei Fachärzte mit der Spezialisierung Allgemeine Innere Medizin divergent geäussert. Tatsächlich verfügt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ auf dem Papier über keine weitere Spezialisierung. Entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin sind dessen auf eine Leistungseinschränkung schliessenden Ausführungen und Einschätzungen mit den vorliegenden RAD-ärztlichen Äusserungen jedoch nicht widerlegt. Ganz unbeachtlich ist die Tatsache, dass Dr. med. G.\_\_\_\_\_ als leitender Arzt der Infektiologie des Bürgerspitals Solothurn arbeitet, nämlich nicht. Mit den divergierenden Einschätzungen dieser Ärzte besteht keine beweiskräftige Grundlage für eine abschliessende Einschätzung.

**3.4** Nach dem Dargelegten erweist sich der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht als nicht rechtsgenügend abgeklärt. Daher ist in Gutheissung

der Beschwerde die Verfügung vom 21. Dezember 2016 (AB 56) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin hat zur Klärung der Frage der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten wie einer angepassten Tätigkeit ein fachärztliches Gutachten einzuholen unter Berücksichtigung insbesondere auch der pharmazeutischen Fragen (Nebenwirkungen der Medikation). Sollte sich die vom Hausarzt bis anhin weder mit entsprechenden Befunden unterlegte noch leitliniengerecht begründete Diagnose der Depression im Rahmen der weiteren Abklärungen verdichten, so wäre schliesslich auch die Fachrichtung der Psychiatrie in die Beurteilung mit einzubeziehen. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch neu zu verfügen haben.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**4.2** 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. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ vom 9. März 2017 wird die Parteientschädigung auf Fr. 2'625.80 festgesetzt (Aufwand von 9.5 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 56.30 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 194.50 [8% von

Fr. 2'431.30]). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 21. Dezember 2016 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'625.80 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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