

200 19 677 IV
ACT/BOC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Januar 2020

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. August 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1980 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 26. August 2013 bei der Invalidenversicherung unter Hinweis auf einen Unfall zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Die IVB tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und gewährte Frühinterventionsmassnahmen in Form von Eingliederungsberatung (act. II 10). Am 13. Mai 2015 schloss sie die beruflichen Massnahmen ab, da der Versicherte wieder zu 100 % beim bisherigen Arbeitgeber tätig sei (act. II 24). Am 5. Januar 2016 ging bei der IVB eine erneute Anmeldung zum Leistungsbezug ein (act. II 30). Nachdem sie Abklärungen vorgenommen und ein Arbeitsversuch im April 2016 gescheitert war, schloss die IVB am 9. Juni 2016 die beruflichen Eingliederungsmassnahmen ein weiteres Mal ab (act. II 45). Sodann holte die IVB zusätzliche medizinische Unterlagen ein (act. II 46, 51; Akten der IVB [act. IIa] 56) und gewährte ein Belastbarkeitstraining vom 20. November 2017 bis 18. Februar 2018 in der Abklärungsstelle C._____ (act. IIa 72), welches per 13. Dezember 2017 abgebrochen wurde (act. IIa 83). Daraufhin schloss die IVB die beruflichen Eingliederungsmassnahmen am 6. Februar 2018 ab (act. IIa 90).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIa 92, 96, 110) verneinte die IVB mit Verfügung vom 5. August 2019 (act. IIa 111) bei einem Invaliditätsgrad von 20 % den Anspruch auf eine Rente.

Die D._____ hatte dem Versicherten im Zusammenhang mit dem Unfall vom 17. März 2013 mit Verfügung vom 15. November 2018 bzw. 30. April 2019 (act. IIa 99.3, 107.2) ab dem 1. Dezember 2018 eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 23 % zugesprochen und den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung verneint.

B.

Gegen die Verfügung der IVB vom 5. August 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, am 9. September 2019 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei das Dossier für weitere medizinische Abklärungen und zur Prüfung einer befristeten Rente an die IVB zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Oktober 2019 beantragt die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 24. Oktober 2019 machte der Beschwerdeführer weitere Ausführungen und reichte zusätzliche Unterlagen ein.

Am 3. Dezember 2019 informierte der Beschwerdeführer das Gericht unter Beilage weiterer Unterlagen darüber, dass im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren ungeklärte Fragen durch ein von der D._____ in Auftrag zu gebendes Gutachten geklärt werden müssten. Gleichzeitig stellte er einen Sistierungsantrag für das vorliegende Verfahren. Mit prozessleitender Verfügung vom 11. Dezember 2019 wies der Instruktionsrichter das Sistierungsgesuch ab. Am 17. Dezember 2019 teilte der Beschwerdeführer den Verzicht auf eine Beschwerde gegen diesen Zwischenentscheid mit.

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 Staats-

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

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 5. August 2019 (act. IIa 111). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 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 Erwerbs-

unfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

2.5 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen

Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Bei RAD-Berichten ohne selber durchgeführte Untersuchungen handelt es sich nicht um Stellungnahmen im Sinne von Art. 49 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201), sondern um eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht im Sinne von Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG und Art. 49 Abs. 1 IVV. Solche RAD-Berichte vermögen lediglich dazu Stellung zu nehmen, ob der einen oder anderen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64).

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

3.

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

3.1 Im Bericht vom 3. Juli 2017 (act. Ila 81/2 f.) führte Prof. Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (...), die folgenden Diagnosen auf:

- Komplexe Kniegelenksinstabilität bei St.n. Ruptur des vorderen Kreuzbandes sowie Läsion der posterolateralen Ecke links und lateraler Meniskusläsion nach Distorsionstrauma vom März 2013
- St.n. VKB-Ersatz sowie lateraler Meniskusnaht vom September 2013 Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik G._____/...
- St.n. medialer Teilmenisektomie sowie Arthrolyse Oktober 2013 Dr. med. F._____, Klinik G._____/...
- Komplexes Schmerzsyndrom linkes Knie

Prof. Dr. med. E._____ gab an, die Vorstellung erfolge zum Einholen einer Zweitmeinung bei starken Schmerzen im operierten linken Kniegelenk bei geringer Belastung. Es sei bereits eine komplexe Schmerztherapie durchgeführt worden. Die vorliegenden Aufnahmen zeigten ein fehlpositioniertes vorderes Kreuzband mit kompletter Fehllage des femoralen Bohrkanales. Es werde die Durchführung einer kompletten neuen Diagnostik mit CT des Kniegelenks sowie MRT und Ganzbeinstehendaufnahmen sowie linkes Knie in zwei Ebenen empfohlen. Dann könne ein Entscheid über das weitere Vorgehen erfolgen. Stand heute sei eine erneute VKB-Rekonstruktion mit richtig positioniertem vorderem Kreuzband und gegebenenfalls Rekonstruktion der posterolateralen Ecke erforderlich.

3.2 Prof. Dr. med. E._____ hielt im Bericht vom 22. Februar 2018 (act. Ila 91.25) die folgenden Diagnosen fest:

Fehlpositioniertes vorderes Kreuzband rechts, Rotationsinstabilität bei Status nach Verletzung der posterolateralen Ecke rechts, Innenmeniskusläsion rechts, chronisches Schmerzsyndrom

Prof. Dr. med. E._____ berichtete, die Vorstellung erfolge zur Planung des weiteren Procederes. Es werde weiterhin an Unterarmgehstöcken teilbelastet. Das Knie könne ferner nicht gestreckt werden. Die Schmerzen würden unverändert gleich bestehen.

3.3 Prof. Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 5. Juni 2018 (act. IIa 91.8) die folgenden Diagnosen auf:

Chronisches Schmerzsyndrom Kniegelenk links

- St.n. VKB-Plastik (Semitendinosus, femoral Endobutton, tibial Interferenzschraube), laterale Meniskusnaht Knie links, April 2013 (fecit Dr. med. H._____, [richtig: Dr. med. F._____ {act. II 8.1/32}], Klinik G._____)
- St.n. medialer Teilmenispektomie und Arthrolyse Oktober 2013 (fecit Dr. med. H._____ [richtig: Dr. med. F._____ {vgl. act. II 36.4/31}])

Prof. Dr. med. I._____ gab an, der Beschwerdeführer berichte über dauerhafte Schmerzen im Kniegelenk sowie im Oberschenkel und im Unterschenkel. Jegliche Therapien hätten hier nicht zum Erfolg geführt. Er sei auf die Gehstöcke angewiesen, da er nach kurzen Wegstrecken ohne Gehstöcke massive Schmerzattacken habe. Dies auch nachts und in Ruhe. Nach wie vor bestehe eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 %. Es präsentiere sich heute ein psychisch doch labiler Patient, welcher durch sein chronifiziertes Schmerzsyndrom in seiner Lebensqualität massiv eingeschränkt sei. Die Restinstabilität spiele aktuell sicherlich keine vordergründige Rolle. Eine High-Neon-Position im MRI könne beschrieben werden, gehe aber laut Literatur nicht unbedingt mit einer erhöhten Instabilität oder vermehrten Restbeschwerden einher. Nachdem hier schmerztherapeutische Massnahmen bereits ausgeschöpft worden seien und der Leidensdruck extrem hoch sei, sei hier eine stationäre Rehabilitation in einer Schmerzklinik notwendig. Eine operative Intervention im Sinne einer Verbesserung der Stabilität werde mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht zur Behebung der Schmerzproblematik führen.

3.4 Der Kreisarzt der D._____, Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 10. Juli 2018 (act. IIa 91.4) die folgenden Diagnosen fest:

Fortgeschrittene (Inaktivitäts-) Atrophie Musculus quadriceps femoris links

- Status nach Arthroskopie linkes Kniegelenk mit vorderer Kreuzbandplastik und Meniskusnaht am Aussenmeniskus (11. April 2013) nach Knie Trauma beim ... am 17. März 2013

- Status nach Arthroskopie linkes Kniegelenk und Narbendébridement am 1. Oktober 2018 (richtig: 2013)

Dr. med. J. _____ führte aus, klinisch bestehe nach vorderer Kreuzbandplastik 2013 ein eigentlich stabiles Kniegelenk. Die leicht vermehrte vordere Schublade im Vergleich zur Gegenseite und die minimal verstärkte Rotation seien seiner Auffassung nach unerheblich. Eine von Prof. Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und von Prof. Dr. med. E. _____ postulierte Rotationsinstabilität habe weder bei der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung 2017 noch bei der klinischen Untersuchung durch Prof. Dr. med. I. _____ nachvollzogen werden können. Der Beschwerdeführer habe aufgrund der geklagten Schmerzen ein umfangreiches Behandlungsprogramm erhalten. Geklagte Sensibilitätsstörungen im Bereich des Kniegelenkes hätten kein anatomisches Korrelat bei zwei neurologischen Untersuchungen gefunden. Die Muskelatrophie des Oberschenkels links habe trotz umfangreich gewährter Therapiemassnahmen nicht verbessert werden können. Zusammenfassend müsse von chronifizierten Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenkes ausgegangen werden. Es sei allerdings ausgesprochen zweifelhaft, dass diese Schmerzen fokal auf einer posterolateralen Rotationsinstabilität beruhten. Daher sei nach Auffassung des Unterzeichners eine weitere operative Intervention nicht sinnvoll. Nach wie vor gelte folgendes definitives Zumutbarkeitsprofil: Möglich seien leichte körperliche Tätigkeiten in Wechselbelastung (Gehen, Sitzen, Stehen) mit 90 % Sitzen. Arbeiten im Kauern, im Knien oder Kriechen sowie häufiges Treppen- und Leitersteigen seien zu vermeiden. Arbeiten in sturzexponierten Stellen seien ebenfalls zu unterlassen. Das Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg sei kurzfristig und gelegentlich möglich. Unter den genannten Voraussetzungen sei ein ganztägiger Einsatz zu erwarten.

3.5 Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 6. Juni 2019 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4) die folgenden Diagnosen auf:

- Persistierender Knieschmerz links mit Rotationsinstabilität sowie Irritation Ramus infrapatellaris links bei St.n. VKB-Ersatz mit Semitendinosus- und Graci-

- lissehne links, laterale Teilmeniskektomie und laterale Meniskusnaht vom 11. April 2013 (Dr. med. F._____, Klinik G._____, ...)
- St.n. Arthroskopie linkes Kniegelenk mit Narbendébridement und medialer Teilmeniskektomie links (Dr. med. F._____, Klinik G._____, ...) vom 1. Oktober 2013 bei
 - St.n. VKB-Ruptur linkes Kniegelenk (Unfalltag 17. März 2013)

Dr. med. L._____ gab an, die Vorstellung erfolge zum Einholen einer weiteren ärztlichen Meinung bei weiterhin bestehenden persistierenden Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes seit mehreren Jahren. Entsprechend einer neurologischen Untersuchung von Dr. med. M._____, Facharzt für Neurologie, vom 2. September 2015 habe ein manifester Nervenschaden als Ursache für die Schmerzen im Bereich des Pes anserinus ausgeschlossen werden können. Sämtliche inzwischen durchgeführten rehabilitativen Massnahmen hätten nicht zu einer Beschwerdeverbesserung geführt. Der Beschwerdeführer verspüre ein deutliches Instabilitätsgefühl. Entsprechend einer Einschätzung im Rahmen einer Untersuchung vom 4. Juni 2018 von Prof. Dr. med. I._____ sei nicht zur erneuten operativen Revision geraten worden. Anders sehe dies der Befund von Dr. med. N._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (...), vom 8. Oktober 2015. Der Beschwerdeführer sei sehr verzweifelt. Er habe inzwischen seine Arbeit verloren. Gehen ohne Unterarmgehstöcke sei nicht möglich. Die deutliche Schmerzhaftigkeit und das gleichzeitige subjektive Instabilitätsgefühl bestünden aufgrund eines völlig fehlplatzierten vorderen Kreuzbandes, was zu einer Störung der kompletten Biomechanik des Kniegelenkes geführt habe. Das Streckdefizit erkläre sich ebenso hierdurch wie die persistierende Rotationsinstabilität. Die Schmerzen im Bereich des Pes anserinus könnten von einer Reizung des Ramus infrapatellaris/Nervus cutaneus am ehesten durch Vernarbung im Bereich des tibialen Bohrkanals stammen, da eine neurologische Schädigung in der Vergangenheit habe ausgeschlossen werden können. Aufgrund des jungen Alters des Patienten und nunmehr fehlender Arbeitsfähigkeit werde ganz klar das erneute operative Vorgehen mit Resektion des vorderen Kreuzbandes empfohlen.

3.6 Der RAD-Arzt Dr. med. O._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in der Stellungnahme vom 15. Juli 2019 (act. Ila 110) fest, neben den Funktionsein-

schränkungen betreffend das linke Kniegelenk seien keine weiteren Gesundheitsstörungen von versicherungsmedizinischer Relevanz aktenkundig. Diesbezüglich werde der Einschätzung der D. _____ in deren Verfügung vom 30. April 2019, der Beschwerdeführer sei medizinisch umfassend abgeklärt, seitens des RAD gefolgt. Zum Einwand des Beschwerdeführers, wonach bis dato die somatische Ursache nicht einwandfrei habe festgestellt werden können, obwohl er unter massiven Knieschmerzen links leide, hielt der RAD-Arzt fest, wenn auch die Expertenmeinungen hinsichtlich der Schmerzgenese etwas divergierten, so sei der Grund hierfür nicht mangelnde Abklärung (sieben Fachärzte seien involviert), sondern unterschiedliche Befundinterpretation. Von weiterer Abklärung sei aus Sicht des RAD keine weitere Klärung zu erwarten. Möglicherweise werde der verschiedentlich empfohlene stationäre Aufenthalt in der Rehaklinik P. _____ durch konservative Behandlung (eine OP-Indikation bestehe nicht) positive Auswirkungen auf das Schmerzgeschehen zeitigen. Von einer weiteren dort einholbaren Facharztmeinung seien für die versicherungsmedizinischen Belange keine weiteren Aufschlüsse zu erwarten. Weiter führte der RAD-Arzt aus, die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers sei die eines So sei es kein Widerspruch, wenn Prof. Dr. med. I. _____ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sehe und der Kreisarzt gleichzeitig eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit feststelle. Im von der D. _____ formulierten Zumutbarkeitsprofil finde eine erhebliche Minderbelastbarkeit des linken Kniegelenkes Berücksichtigung und dies unabhängig von einer vorstellbaren Besserung der subjektiv empfundenen Schmerzen durch eine allfällige stationäre Schmerztherapie. Diese Minderbelastbarkeit des Kniegelenkes (Zumutbarkeitsprofil) sei festzustellen, unabhängig von denkbarer weiterer Schmerzreduktion.

3.7 In der Stellungnahme vom 19. November 2019 (act. I 11) führte Dr. med. L. _____ aus, er könne sich der Gesamtaussage von Dr. med. J. _____ nicht anschliessen, da die femorale Lage des vorderen Kreuzbandes deutlich fehlplatziert sei. Neben der fast vollständigen High-Noon-Position sei der femorale Kanal auch zu weit ventral, was beim Patienten zum Streckdefizit führe, weil es zu einem Impingement des Kreuzbandes in der Notch komme. Sowohl das CT vom 10. November 2017 als auch die

Röntgenaufnahme vom 6. Oktober 2015 zeigten eine Fehllage des femoralen Buttons auf der ventralen Kortikalis des Femur. Der Button sollte an der lateralen Femurcondyle zu liegen kommen. Die von Dr. med. J. _____ erwähnte Literatur sei sicherlich trotz der Veröffentlichungsjahre Mitte der 90-er Jahre insofern noch aktuell, als die Quadrantenmethode nach Bernard und Hertel als auch die Positionierung des tibialen Kanals nach Strobel noch aktuell seien. In diesem Fall könne allerdings die Quadrantenmethode nicht herangezogen werden, da der femorale Bohrkanal gar nicht in der entsprechenden Ebene liege, in der die Methode angewendet werde. Dr. med. L. _____ ging davon aus, dass die Beweglichkeit des Kniegelenkes eingeschränkt sei insbesondere hinsichtlich der Streckung, da es in der Streckung zu einem Impingement des Kreuzbandes in der Notch durch den femoralen Bohrkanalverlauf komme. Zudem erkläre sich die bestehende Rotationsinstabilität durch den steilen Bohrkanalverlauf, da steile Kreuzbänder primär das AM- aber nicht das PL-Bündel rekonstruieren. Das AM-Bündel sei zuständig für die Stabilität in der AP-Translation, das heisst in der hinlänglich bekannten Schublade. Das PL-Bündel stabilisiere in der Rotation. Er erwarte bei Neupositionierung des vorderen Kreuzbandes mit zusätzlicher Rotationsstabilisierung eine deutliche Verbesserung insbesondere der Schmerzen aber auch der Beweglichkeit.

4.

4.1 Prof. Dr. med. E. _____ führt im Bericht vom 3. Juli 2017 aus, es bestehe ein „fehlpositioniertes vorderes Kreuzband mit kompletter Fehllage des femoralen Bohrkanals“ (act. IIa 81/2), was er im Bericht vom 22. Februar 2018 bestätigt (act. IIa 91.25); eine eigentliche Begründung liefert er für seine Auffassung jedoch nicht, sondern verweist auf die „vorliegenden Aufnahmen“ (act. IIa 81/2). Der Kreisarzt der D. _____ holte explizit gestützt darauf (act. IIa 91.19) bei Prof. Dr. med. I. _____ einen Bericht ein; Letzterer sprach indessen allein davon, die Plastik des vorderen Kreuzbandes befinde sich „etwas in High-Noon-Position“, was „laut Literatur“ aber „nicht unbedingt“ mit einer erhöhten Instabilität oder vermehrten Restbeschwerden einhergehe (Bericht vom 5. Juni 2018; act. IIa 91.8/2).

Der Kreisarzt interpretierte dies im Bericht vom 10. Juli 2018 derart, dass keine Fehlpositionierung bestehe (act. IIa 91.4/2); der High-Noon-Position mass er implizit keine wesentliche Bedeutung bei und er hielt an seiner früheren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vgl. act. IIa 91.18/9) fest (act. IIa 91.4/3). Der RAD stellt im Bericht vom 15. Juli 2019 auf die Einschätzung des Kreisarztes der D. _____ ab (act. IIa 110/2 f.), was Grundlage für die Invaliditätsbemessung der IV-Stelle bildet (act. IIa 111/2).

4.2 Im Beschwerdeverfahren reicht der Beschwerdeführer zwei Berichte des Dr. med. L. _____ ein (vom 6. Juni und 19. November 2019; act. I 4 und 11). Diese wecken Zweifel an der Einschätzung des RAD (vgl. E. 2.5 hiervor): Im Bericht vom 6. Juni 2019 weist der Arzt unter Hinweis auf konkrete CT- und MRI-Aufnahmen auf fehlpositionierte Bohrkanäle hin; dies habe zu einem „völlig“ fehlplatzierten vorderen Kreuzband und damit zu einer Störung der Biomechanik geführt (act. I 4, S. 2). Im Bericht vom 19. November 2019 führt Dr. med. L. _____ zudem aus, dass neben der – von Prof. Dr. med. I. _____ erwähnten (act. IIa 91.8/2) – High-Noon-Position der femorale Kanal zu weit ventral sei (act. I 11, S. 1 Ziff. 1). Diese konkreten Ausführungen können weder gestützt auf die Berichte des Kreisarztes der D. _____ noch diejenigen des RAD widerlegt werden. Auf jeden Fall wecken sie erhebliche Zweifel an den Beurteilungen der Versicherungsärzte. Der RAD spricht in diesem Zusammenhang zwar davon, es gehe um „unterschiedliche Befund-Interpretation“ (Bericht vom 15. Juli 2019; act. IIa 110/2), ohne dass jedoch für den Rechtsanwender klar ist, welche dieser Interpretationen zutreffend ist. Damit liegt ein nicht genügend abgeklärter Sachverhalt vor. In der Folge ist die Sache nicht liquid, was auch hinsichtlich eines allfälligen befristeten Rentenanspruchs gilt (vgl. Beschwerde, S. 6).

Die Sache geht antragsgemäss (Beschwerde, S. 1 Ziff. I/2) zurück an die Verwaltung, damit sie ein Gutachten veranlasse respektive sich an einem allfälligen Gutachten der D. _____ beteilige (vgl. Eingabe vom 3. Dezember 2019) oder dieses beiziehe, wenn es in der Zwischenzeit erstellt worden sein sollte.

4.3 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 5. August 2019 (act. IIa 111) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und

die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren 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.

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

Rechtsanwalt B. _____ macht mit (aktualisierter) Kostennote vom 17. Dezember 2019 ein Honorar von Fr. 3'500.-- (14 Std. à Fr. 250.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 46.10 und Mehrwertsteuer von Fr. 261.15 (7.7 % von Fr. 3'391.70), total Fr. 3'807.25, geltend, was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. Einzig in der Berechnung der Mehrwertsteuer hat sich ein Fehler eingeschlichen; versehentlich wurde die Mehrwertsteuer von 7.7 % auf einem Betrag von Fr. 3'391.70 (vgl. ursprüngliche Kostennote vom 24. Oktober 2019) anstatt korrekterweise auf einem Betrag von Fr. 3'546.10 (Fr. 3'500.-- [Honorar] + Fr. 46.10 [Auslagen]) erhoben, so dass eine Mehrwertsteuerforderung von Fr. 273.05 (7.7 % von Fr. 3'546.10) erstellt ist. Die Parteientschädigung wird demnach für das vorliegende Verfahren auf Fr. 3'819.15 (Fr. 3'500.-- [Honorar] + Fr. 46.10

[Auslagen] + Fr. 273.05 [Mehrwertsteuer]) festgesetzt; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 5. August 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'819.15 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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