

200 19 881 IV  
JAP/SHE/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 12. Februar 2020**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Oktober 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1961 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 15. November 2016 unter Hinweis auf stattgehabte Rücken-, Knie- und Nierenoperationen bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Tropen- und Reisemedizin vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 22. Mai 2017 (AB 32) stellte sie mit Vorbescheid vom 21. Juni 2017 (AB 34) in Aussicht, bei einem Invaliditätsgrad von 35% einen Rentenanspruch zu verneinen. Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, Einwände (AB 38). Er bemängelte dabei die Berechnung von Validen- und Invalideneinkommen; zudem sei die medizinische Beurteilung unvollständig, weshalb ein umfassendes medizinisches Gutachten einzuholen sei. Die IVB holte alsdann bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie vom RAD, eine Aktenbeurteilung vom 26. Januar 2018 (AB 44) ein und verneinte mit Verfügung vom 31. Januar 2018 (AB 45) bei einem Invaliditätsgrad von 38% einen Rentenanspruch. Nachdem der Rechtsvertreter die Invaliditätsbemessung abermals bemängelt (vgl. Telefonnotiz vom 1. Februar 2018 [AB 46]) und mitgeteilt hatte, der Versicherte werde sich Anfangs März 2018 einer weiteren Rückenoperation unterziehen (E-Mail vom 16. Februar 2018 [AB 47]), hob die IVB die angefochtene Verfügung am 21. Februar 2018 (AB 49) wiedererwägungsweise auf. Nach Eingang von Berichten der behandelnden Ärzte (AB 52 ff.) und Einholen einer weiteren Aktenbeurteilung bei RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2018 (AB 67) stellte sie mit Vorbescheid vom 21. November 2018 (AB 68) in Aussicht, ab Mai 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 46% eine Viertelsrente, ab Juni 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine ganze Rente und ab November 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 46% eine Viertelsrente auszurichten. Nach hiergegen erhobenen Einwänden (AB 71 ff.), in welchen der Rechtsvertreter abermals die Einholung eines polydiszi-

plinären Gutachtens forderte, holte die IVB bei Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin vom RAD, eine Aktenbeurteilung vom 26. August 2019 (AB 91) ein und erliess am 4. September 2019 (AB 92) einen im Ergebnis unveränderten Vorbescheid. Nach hiergegen erhobenem Einspruch (AB 95) verfügte sie am 17. Oktober 2019 (AB 99) dem Vorbescheid entsprechend.

## **B.**

Mit Eingabe vom 18. November 2019 erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, hiergegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 17. Oktober 2019 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente, so wie rechtens, zuzusprechen.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ein medizinisches Gutachten einzuholen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 10. Dezember 2019 auf eine umfassende Beschwerdeantwort und schloss 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 Anträ-

gen 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 17. Oktober 2019 (AB 99). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch 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** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich min-

destens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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** 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).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der Verfügung vom 17. Oktober 2019 (AB 99) im Wesentlichen auf die RAD-Aktenbeurteilungen vom 22. Mai 2017 (AB 32), 26. Januar 2018 (AB 44), 31. Oktober 2018 (AB 67) und 26. August 2019 (AB 91). Den Berichten ist im Wesentlichen das Folgend zu entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. C. \_\_\_\_\_, stellte in der RAD-Aktenbeurteilung vom 22. Mai 2017 (AB 32) folgende Diagnosen:

- Chronische Lumbalgien mit/bei
  - Status nach Diskushernienoperation L4/5 rechts im Dezember 2005
  - Status nach Dekompression L4/5 und L5/S1, Cage-Implantation und transpedikuläre Stabilisation wegen lytischer Spondylanterolisthesis L5/S1 und Makroinstabilität, Anschlusssegmentstörung L4/5, Fussenkerparese rechts (S1) und Glutaeus medius Parese (L5) im März 2009
  - Status nach Revisionsoperation wegen Cage-Dislokation S1 rechts im April 2009

- Syndrom des Anschlusssegmentes L3/4 mit Status nach Thermoablation im Juni 2011
- Kniebeschwerden rechts mit/bei Status nach Kniegelenkprothese rechts im Oktober 2015
- Schmerzen im Bereich der Lumbotomie-Narbe rechts bei Status nach Nierenteilresektion rechts wegen Nierenzellcarcinom im März 2013, Verdacht auf Narbennurinom, Behandlung mit Lyrica, im CT kein Rezidiv ersichtlich.

Im Vordergrund stünden die Rückenbeschwerden. Es bestehe eine deutlich verminderte Belastbarkeit und Beweglichkeit der Wirbelsäule. Weiter sei die Belastbarkeit des rechten Knies reduziert. Bereits schon seit 2009 sei die Tätigkeit im ... der ... dem gesundheitlichen Zustand mit Einschränkungen der Belastbarkeit der Wirbelsäule nicht gut angepasst. Die Arbeit sei zwar angepasst worden, es verbleibe aber eine doch relevant rückenbelastende Tätigkeit. Die attestierten Arbeitsunfähigkeiten seien deshalb nachvollziehbar; eine Arbeitsfähigkeit von 50% oder mehr werde auch in Zukunft kaum mehr möglich sein. Eine gut angepasste Tätigkeit könne folgendermassen formuliert werden: Die Arbeit sollte körperlich nur leicht sein, wechselbelastend, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10kg, mit der Möglichkeit zum Positionswechsel, ohne längeres Knien, Kauern, Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände. Eine solche Tätigkeit sei ganztags mit einer Leistungseinschränkung von 10-20% zumutbar. Die Leistungseinschränkung erfolge wegen der langsameren Bewegungsabläufen und der vermehrten Pausen (S. 3).

**3.1.2** Dr. med. D.\_\_\_\_\_ führte in der RAD-Aktenbeurteilung vom 26. Januar 2018 (AB 44) aus, dem Versicherten sei die angestammte mittel-schwere bis schwere Tätigkeit nicht mehr zumutbar und zwar bei der erneuten Rückenoperation und bei Kraftdefiziten im rechten Bein seit März 2009 (S. 3). Mit dem Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 23. November 2017 (AB 42/2) werde funktionell eine Veränderung objektiviert, da der Versicherte eine leichte Kraftreduktion von zwei Muskelgruppen entwickelt habe. Auch eine Coxarthrose werde im Vergleich zum RAD-Bericht vom 22. Mai 2017 erwähnt. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ kam zum Schluss, die Kraftminderung M4 bedeute, dass der Versicherte genügend Kraft habe, um eine Bewegung gegen die Schwerkraft zu machen und zusätzlich könne er eine Bewegung gegen einen Widerstand produzieren. Im Vergleich mit einer normalen Kraft könne er aber eine solche nicht auf die Dauer produzieren und nicht ohne Unterbruch stehend arbeiten. Wenn der Bericht des

Spitals F. \_\_\_\_\_ richtig gelesen werde, sei die Kraft des rechten Fusses nicht signifikant vermindert; eine unterstützende Schiene sei dem Versicherten nicht angeboten worden. Eine leichte wechselbelastende Tätigkeit sei weiterhin zumutbar; es solle aber präzisiert werden, dass eine solche vorwiegend sitzend auszuüben sei. In diesem Kontext solle die Leistungsminderung – auch im Zusammenhang mit der Coxarthrose – auf 30% erhöht werden. Da der Versicherte länger sitzen werde (er werde vorwiegend sitzend arbeiten), werde er mehr Pausen brauchen, um seinen Rücken und seine Hüftgelenke zu entlasten. Wiederholte lange im Gehen zu verrichtende Arbeiten seien nicht zumutbar. Die sitzende Position solle ergonomisch angepasst werden, so dass die Hüftgelenke tendenziell entlastet würden. Die Tätigkeit sollte kein längeres Knien, Kauern, Besteigen von Leitern oder Gerüsten und kein häufiges Gehen auf unebenem Gelände beinhalten. Der Versicherte solle rückengerecht heben und tragen. In diesem Zusammenhang seien – um die Lendenwirbelsäule nicht zu fest zu belasten – Tätigkeiten auf Schulterhöhe sowie das körperferne Heben und Tragen nicht zumutbar (S. 4). Die vom Rechtsvertreter im Einwand gegen den Vorbescheid erwähnte Schulterproblematik (AB 38/2) sei bis anhin in den medizinischen Berichten nirgends thematisiert worden. Sollte die Therapie mit Lyrica 75 mg tatsächlich zu signifikanten Nebenwirkungen führen, wäre das Medikament zu ersetzen. Versicherungsmedizinisch könne damit keine signifikante dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründet werden und parallel dazu seien keine dauerhaften objektiven Einschränkungen als Folge dieser Therapie im Dossier des Versicherten objektiviert worden, die einen Einfluss auf das Zumutbarkeitsprofil haben sollten. Die Therapie könne angepasst und gegebenenfalls geändert werden (S. 5). Anders als vom Rechtsvertreter beantragt, sei ein interdisziplinäres Gutachten medizinisch nicht indiziert. Der medizinische Sachverhalt sei klar und eigentlich bei der letzten Standortbestimmung im Spital F. \_\_\_\_\_ im November 2017 bestätigt und erneut komplett rapportiert worden. Mit Ausnahme der bilateralen Coxarthrose seien keine neuen Diagnosen gestellt worden; diese Problematik sei im Zumutbarkeitsprofil integriert worden. Eine Verschlechterung von bekannten Diagnosen sei nicht objektiviert worden. Psychische und geistige Störungen seien nicht rapportiert worden. Die objektiven funktionellen Einschränkungen seien auch klar dokumentiert, weswegen ein Zumutbarkeitsprofil erstellt werden könne.

Dr. med. D.\_\_\_\_\_ führte in der RAD-Aktenbeurteilung vom 31. Oktober 2018 (AB 67) aus, es lägen betreffend die letzte Rückenoperation vom März 2018 keine Hinweise auf eine Komplikation vor. Es seien keine neuen neurologischen Defizite aufgetreten. Eine Infektion sei nicht objektiviert worden und Prof Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, habe in seinen zwei Verlaufsberichten keine Problematik im Zusammenhang mit seiner chirurgischen Montage beschrieben. In diesem spezifischen Kontext hätten keine neuen zusätzlichen objektiven funktionellen Einschränkungen erhoben werden können, mit denen eine zusätzliche dauerhafte Anpassung des Zumutbarkeitsprofils für eine angepasste Tätigkeit zu begründen wäre. Wegen der Operation vom März 2018 sei der Versicherte von März bis Ende Juli 2018 für sämtliche Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Die Knieprothese rechts sei im Juni 2018 kontrolliert worden. Sie funktioniere „ganz“ gut und das Kniegelenk sei stabil. Die radiologische Kontrolle sei ebenfalls unauffällig ausgefallen. Die Beschwerden des Versicherten seien als Folge von Überlastung von bestimmten Strukturen bei einem abnormalen Gehen (bei neurologischen Defiziten) interpretiert worden. Diese Probleme seien gut mit Physiotherapie behandelbar und nicht von objektiven funktionellen Einschränkungen begleitet, die signifikant dauerhaft die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen könnten: In einer angepassten Tätigkeit sei dem Versicherten ein 100%-Pensum zumutbar mit einer Leistungseinschränkung von 30% (etwa 20 Minuten Pause je Stunde, um seinen Rücken und seine Hüfte/Beine zu entlasten, da ihm eine sitzende Arbeit zuzumuten sei). Während dieser Pause könne der Versicherte gehen und Dehnübungen machen. Über die vom Rechtsvertreter postulierten Schulterprobleme links seien bis dato keine spezifischen Berichte eingegangen. Es sei aber nicht unwahrscheinlich, dass der Versicherte an einer solchen Problematik leide. Bei Vorliegen einer Schulterproblematik seien Tätigkeiten auf Schulterhöhe und das körperferne Heben und Tragen von Lasten nicht mehr zumutbar. In den seit Anfang 2018 eingegangenen medizinischen Berichten seien keine signifikanten dauerhaften Veränderungen des Gesundheitszustandes zu finden, die eine Anpassung des Anfang 2018 definierten Zumutbarkeitsprofils für eine angepasste Tätigkeit begründen würden (S. 9).

**3.1.3** In der RAD-Aktenbeurteilung vom 26. August 2019 (AB 91) führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, es bestünden chronische lumbale Schmerzen und neuropathische Flankenschmerzen. Im CT werde ein intaktes nicht gelockertes Osteosynthesematerial dokumentiert. Seitens der Urologie finde sich kein Hinweis auf ein Rezidiv. Die Narbenschmerzen hätten sich unter Lyrica verbessert. Diese Medikation sei wegen Müdigkeit ausgeschlichen worden. Gleichwohl würden subjektive Schlafprobleme berichtet. Die verordnete Medikation werde aktenkundig nur unregelmässig eingenommen. Die im Dezember 2018 durchgeführte ISG-Infiltration habe befristet zu einer Schmerzlinderung geführt. Eine zwischenzeitlich erfolgte Nerven-Thermokoagulation habe zu keiner Schmerzlinderung geführt. Aus psychosomatischer Sicht bestehe eine Schmerzregulationsstörung; eine multimodale stationäre Schmerztherapie sei indiziert. Eine intensiviertere interdisziplinäre Schmerztherapie sei nicht aktenkundig. Bezüglich Kniegelenke lägen keine neuen Behandlungsberichte vor, bezüglich der linken Schulter keine neuen Befunde. Die erwähnten neurologischen Ausfälle seien langjährig aktenkundig. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung werde – zumindest aktenkundig – nicht durchgeführt (S. 7). Aus objektiver Sicht würden im Rahmen des Vorbescheidverfahrens keine Berichte/Befunde vorgelegt, die einen neuen medizinischen Sachverhalt oder eine veränderte medizinische Situation ergäben. Das Dossier sei mit dem RAD-Orthopäden „...“ besprochen worden (S. 8).

**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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der

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

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). 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 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 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 RAD-Ärzte untersuchten den Beschwerdeführer nicht persönlich, sondern verfassten ihre Stellungnahmen einzig aufgrund der Akten. Wie nachfolgend dargelegt, bestehen vorliegend zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Aktenbeurteilungen (AB 32, 44, 67, 91), weshalb sie zur abschliessenden Beurteilung des Leistungsgesuchs nicht geeignet sind.

Vorab ist fraglich, ob sich die Dres. med. C.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ aufgrund der medizinischen Aktenlage auch ohne klinische Exploration überhaupt ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen konnten (vgl. dazu RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Denn es ist unklar, ob ihnen nicht nur die Befundberichte, sondern auch die eigentlichen Aufnahmen der zahlreichen bildgebenden Untersuchungen vorlagen. Zudem besteht eine äusserst komplexe multifaktorielle Beschwerdesymptomatik – insbesondere mit verschiedenen Rückenoperationen (AB 29/26, 29/30, 52/7, 52/13, 74/8, 80/2, 97/1) und einer endoprothetische Versorgung des rechten Kniegelenks (AB 14/2) – womit der klinische Eindruck ins Gewicht fällt. Weiter wurde in der jüngsten RAD-Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 26. August 2019 (AB 91) nicht transparent gemacht, mit welchem RAD-Orthopäden das Dossier besprochen wurde bzw. ob und weshalb dieser die Schlussfolgerungen des Arbeitsmediziners teilte (S. 8 in fine). Sodann bestehen divergierende Bericht der behandelnden Ärzte, die geeignet sind, zumindest geringe Zweifel an den arbiträr geschätzten Leistungseinschränkungen zu begründen. Während nach der erneuten Rückenoperation vom 13. März 2018 (AB 52/7) unbestrittenermassen eine konsekutive vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten bestanden haben soll (AB 67/9), gingen die RAD-Ärzte für die übrige Zeit zunächst von einer Einschränkung in einer behinderungsangepassten Arbeit im Umfang 10-20% (AB 32/3) aus, welche sie schliesslich auch wegen der Coxarthrose auf 30% erhöhten (AB 44/4). Diese Schlussfolgerung korreliert insoweit mit den Annahmen der behandelnden Ärzte. So bescheinigte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im

Bericht vom 28. Dezember 2016 keine zeitliche Limitierung in einer leidensangepassten Tätigkeit (AB 14/5 Ziff. 1.13), Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, bestätigte im Bericht vom 18. April 2017 gar, der Beschwerdeführer sei in einer leidensangepassten Arbeit ganztags arbeitsfähig (AB 29/6 Ziff. 1.13). Demgegenüber postulierte Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, am 8. August 2016 eine Präsenzzeit von drei bis vier Stunden als obere Grenze der Zumutbarkeit (AB 29/9), während Prof Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Mai 2018 von einer dauernden Leistungseinschränkung von 50% ausging (AB 52/3, 52/4). Im Dezember 2018 erklärte der behandelnde Hausarzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, der Beschwerdeführer sei wegen der Polymorbidität in den von der Beschwerdegegnerin als zumutbar erachteten Tätigkeiten „keinesfalls mehr zu 70% leistungsfähig“ (AB 71/9). Diese Einschätzungen der behandelnden Ärzte stellen für sich allein in beweisrechtlicher Hinsicht zwar ebenfalls keine taugliche Entscheidungsgrundlage dar. So verhielt sich Dr. med. H. \_\_\_\_\_ advokatorisch, indem er erklärte, aus seiner Sicht habe der Beschwerdeführer definitiv Anspruch auf Rentenleistungen (AB 41); zudem begründet er die Arbeitsunfähigkeit teilweise mit dem Nierenkarzinom (AB 71/9), während seitens des Spitals F. \_\_\_\_\_ klar ein beschwerde- und rezidivfreier Zustand nach Nierenteilresektion festgehalten wurde (AB 9/2), bzw. keine Ursache für die rezidivierenden Schmerzen gefunden werden konnte (AB 74/7) und höchstens ein Narbenneurom in Betracht gezogen wurde (AB 28/6). Die Beurteilung von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ basiert hingegen auf den eigens anhand der verschiedenen (Verlaufs-)Untersuchungen klinisch (AB 52/2, 52/5, 52/9, 52/11, 63/3, 74/4; auch intraoperativ [AB 52/7]) erhobenen Befunden. Er formulierte aber kein spezifisches Zumutbarkeitsprofil und attestierte allein schon wegen des erheblichen Funktionsverlustes der LWS durch die Spondylodese eine dauernde Leistungseinschränkung von 50%, was ohne Auseinandersetzung mit Möglichkeiten der ergonomischen Adaption (bspw. durch Wechselbelastung) nicht restlos zu überzeugen vermag. Wenngleich die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (vgl. statt vieler Entscheid des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2019, 9C\_808/2018, E. 4.2.1 [zur Publikation vorgesehen]), kann bei dieser Ausgangslage den RAD-Einschätzungen nicht per se der Vorrang eingeräumt werden, denn die davon – vor allem in quantitativer Hin-

sicht – abweichenden Berichte vermögen zumindest gewisse Zweifel zu begründen.

**3.4** Aufgrund des Dargelegten zeigt sich, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers und damit dessen Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung nach der derzeitigen Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden kann. Damit erweist sich der medizinische Sachverhalt als nicht hinreichend abgeklärt. Die angefochtene Verfügung vom 17. Oktober 2019 (AB 99) ist deshalb aufzuheben und die Akten zur Veranlassung einer verwaltungsexternen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Da der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer selbst explizit beantragt, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ein medizinisches Gutachten einzuholen (Beschwerde S. 2 Ziff. I Ziff. 2), braucht ihm vorgängig nicht das rechtliche Gehör im Sinne von BGE 137 V 314 gewährt zu werden. Bei der Expertise hat das orthopädische/rheumatologische bzw. neurochirurgische Fachgebiet im Vordergrund zu stehen. Gegebenenfalls wird eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in Betracht zu ziehen sein. Hingegen bestehen bei der derzeitigen Aktenlage keine Anhaltspunkte für einen psychiatrischen Abklärungsbedarf. Ein solcher lässt sich nicht allein darum ableiten, dass trotz Verödung der gelenksversorgenden Äste des ISG rechts (Thermoablation der Lateral Branches) im Juni 2019 eine undulierte Schmerzsymptomatik persistierte und der Beschwerdeführer beim standardisierten Schmerzprovokationstest (Algopeg®) eine verstärkte subjektive Schmerzantwort zeigte (was als Hinweis auf eine zentrale Schmerzsensibilisierung interpretiert wurde; AB 97). Im Übrigen macht der Beschwerdeführer – soweit ersichtlich – auch selbst keine psychischen Beeinträchtigungen geltend und hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zutreffend fest, dass gemäss Aktenlage bisher keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen wird (AB 91/7).

**3.5** Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin die Grundsätze von BGE 145 V 209, wonach bei Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrenten von über 55-jährigen Versicherten auch dann grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind, wenn über die Befristung und/oder Abstufung zeitlich mit der Rentenzusprache be-

funden wird (E. 5), verletzt hat. Der am 31. August 1961 geborene Versicherte (AB 1) war bei den drei als massgeblich in Betracht fallenden Zeitpunkten über 55-jährig. Damit hätte die Beschwerdegegnerin vor der rückwirkend abgestuften Rentenzusprache zwingend die Notwendigkeit von Eingliederungsmassnahmen prüfen müssen, was jedoch unterblieb (vgl. auch Beschwerde S. 5 Art. 4). Sollte die Beschwerdegegnerin nach der Begutachtung eine befristete oder (wiederum) abgestufte Rente zusprechen, hätte sie sich vorgängig mit diesem Aspekt auseinanderzusetzen.

**3.6** Zusammenfassend ist die angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2019 (AB 99) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese im Sinne der Erwägungen weitere Abklärungen treffe und hiernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

#### **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 (Art. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2019 wird die Parteientschädigung auf Fr. 1'413.55 (inkl. Auslagen und 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 17. Oktober 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. 1'413.55 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt 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.