

200 20 604 IV
FUR/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. November 2020

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, substituiert durch Rechtsanwältin Dr. jur. C. _____

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. Juni 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1959 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) arbeitet seit dem 1. Oktober 2011 als ... für die D._____ AG (Dossier der IVB, [act. II] 39). Am 26. September 2017 meldete er sich bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) wegen eines Magenkarzinoms zum Bezug von Leistungen an (act. II 2). Die IVB holte u.a. Berichte der behandelnden Ärzte und Aktenbeurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 66, 68) ein. Mit Vorbescheid vom 25. Juli 2019 stellte sie bei einem Invaliditätsgrad von 35 % die Ablehnung einer Rente in Aussicht (act. II 71). Hiergegen erhob der Versicherte am 9. September 2019 Einwand (act. II 77). Die IVB holte weitere Beurteilungen des RAD (act. II 80, 85) und Angaben der Arbeitgeberin (act. II 88/2) ein. Gegen den Vorbescheid vom 21. Februar 2020, worin die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 37 % die Ablehnung einer Rente in Aussicht gestellt hatte (act. II 89), erhob der Versicherte am 17. März 2020 Einwand (act. II 90). Nach einer Stellungnahme des RAD vom 26. Juni 2020 (act. II 94) verfügte die IVB am 30. Juni 2020 wie in Aussicht gestellt (act. II 95).

B.

Am 20. August 2020 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, substituiert durch Rechtsanwältin Dr. jur. C._____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragte, die angefochtene Verfügung vom 30. Juni 2020 sei aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente soweit rechtens auszurichten. Eventualiter sei über die gesetzlichen Ansprüche des Beschwerdeführers nach Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen und Einholung eines verwaltungsexternen Gutachtens neu zu befinden.

Mit Beschwerdeantwort vom 9. September 2020 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 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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 30. Juni 2020 (act. II 95), mit welcher die Beschwerdegegnerin bei einem Invaliditätsgrad von 37 % einen Rentenanspruch verneinte. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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

2.2.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturier- ten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281

E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.2.3 Keine analoge Anwendung finden die zum invalidisierenden Charakter somatoformer Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze auf die krebisbedingte Fatigue (Cancer-related Fatigue [CrF]; BGE 139 V 346 E. 3.4 S. 348).

2.3 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 mindestens 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.

2.4 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).

2.5 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 Zum medizinischen Sachverhalt ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Laut Operationsbericht vom 29. September 2017 erfolgte – nach Diagnose eines wenig differenzierten Adenokarzinoms des Magens, G3, diffuser Typ nach Lauren und Status nach neoadjuvanter Chemotherapie mit Epirubicin/Oxaliplatin/Xeloda mit partieller Remission – eine totale onkochirurgische Gastrektomie mit D2-Lymphadenektomie, Omentektomie mit Bursektomie omentalis, Cholezystektomie; jejunale Rekonstruktion nach Roux-Y mit Ersatzmagenbildung (act. II 17/11).

3.1.2 Im Bericht vom 24. November 2017 führte der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, es bestehe eine allgemeine Schwäche und Müdigkeit aufgrund des Tumors, der Operation und der Radio/Chemotherapie (act. II 17/4); der Patient sei seit Mai 2017 zu 100 % arbeitsunfähig (act. II 17/3).

Im Verlaufsbericht vom 27. Mai 2018 hielt der Hausarzt fest, der Gesundheitszustand habe sich gebessert; es bestehe noch eine leichte Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie eine verminderte psychische Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit. Ab dem 26. März 2018 sei der Patient zu 50 % arbeitsfähig (act. II 23/2).

Im Verlaufsbericht vom 18. Mai 2018 führte der Hausarzt an, der Patient sei aktuell zu 50 % arbeitsfähig, eine Steigerung sei wahrscheinlich möglich. Der Patient gebe subjektiv eine verminderte Leistungsfähigkeit, schnelle Erschöpfung und eine verminderte Effizienz an. Bei der Arbeit sei er wegen einer allgemeinen körperlichen Schwäche, eingeschränkter psychischer (weniger belastbar, geringere Konzentrationsfähigkeit und Aufnahmefähigkeit) Belastung eingeschränkt (act. II 30/2 f.).

3.1.3 Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, RAD, führte im Aktenbericht vom 4. Juli 2018 an, die vom Hausarzt aufgeführten funktionellen Einschränkungen wie allgemeine körperliche Schwäche und eingeschränkte psychische (weniger belastbar, geringere Konzentrationsfähigkeit, Aufnahmefähigkeit) Belastbarkeit könnten auf die Folgen der Chemotherapie mit Blutarmut zurückgeführt werden. Die Erholungszeit nach Ende der Chemotherapie (Ende Dezember 2017) dauere bis zu zwei Jahre, bzw. es dauere bis zu zwei Jahre bis die volle Leistungsfähigkeit wieder erreicht werden könne. In diesem Zeitraum könne die Leistungsfähigkeit wahrscheinlich nur schrittweise und langsam gesteigert werden. Voraussetzung dazu sei, dass weiterhin kein Rückfall des Magenkarzinoms auftrete. Die Prognose bezüglich des Auftretens eines Rezidivs müsse trotzdem zurückhaltend gestellt werden, allein schon aufgrund der Grösse des anfangs als fortgeschritten eingestuften Befundes (act. II 32/7). Nach der Bauchoperation mit vollständiger Magenentfernung und von mehr als 85 Lymphknoten, dem grossen Netz, der Gallenblase und mit Ersatzmagenbildung aus Dünndarm (Jejunum) bestehe auch weiterhin eine verminderte Belastbarkeit der Bauchdecke mit Gefahr einer Narbenbruchbildung. Deshalb dürften nicht mehr als 5 kg gehoben werden und der Patient sei damit für mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeiten nicht geeignet. Ausserdem könne es nach der Nahrungsaufnahme zu einer sehr raschen Entleerung des Ersatzmagens kommen, die zu Kollapsneigung und Über- oder Unterzuckerung führen könne (Dumping-Syndrom). Schliesslich bedinge die noch nachweisbare Blutarmut ebenfalls Müdigkeit und verminderte Leistungsfähigkeit (act. II 32/8). Zum Zumutbarkeitsprofil hielt er fest, aus medizinischer Sicht sei eine körperlich leichte Tätigkeit, Heben und Tragen von Lasten bis 10 kg, in ergonomischen Haltungen mit selbst wählbaren Pausen (ca. 10 Minuten/Stunde für Zwischenmahlzeiten nach Magenentfernung) zumutbar. Aus medizinischer Sicht seien andauernd mittelschwere bis schwere körperliche Arbeiten, mit Belastungen für die Bauchdecke und Bauchdruckerhöhung (Überkopfarbeiten, Rotationsbewegungen, ständiges Bücken, Knien und Kauern), auf Gerüsten oder in der Höhe, am Fließband und mit wechselnden Arbeitsschichten (bei denen regelmässige Pausen für Zwischenmahlzeiten nicht möglich und frei wählbar seien) nicht mehr zumutbar (act. II 32/8).

In der Beurteilung der medizinischen Situation vom 6. September 2018 gestützt auf die Akten führte Dr. med. F. _____ aus, perioperativ sei eine adjuvante Chemotherapie von September 2017 bis Dezember 2017 über den auch heute noch liegenden Port erfolgt. Im CT vom 28. August 2017 sei keine Tumormanifestation bei bekanntem Magenkarzinom fassbar gewesen, so dass bei fehlendem Nachweis von Metastasen von einer Komplettremission ausgegangen werden könne. Der Patient habe am 26. März 2018 seine körperlich leichte Bürotätigkeit mit einem 50 % Penum wiederaufgenommen. Im Mai 2018 sei sein Gesundheitszustand bereits als klinisch stabil beschrieben worden. Unter Berücksichtigung einer weiteren drei- bis sechsmonatigen Rekonvaleszenzphase bei noch substituiertem Vitamin B12 und Eisenmangel könne spätestens bis zum 1. Dezember 2018 wieder von einer vollschichtigen Belastbarkeit in der angestammten und jeder angepassten Tätigkeit gerechnet werden, sofern auch weiterhin eine Vollremission bestehe (act. II 44/7).

3.1.4 Im Bericht vom 18. November 2018 diagnostizierte Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Anpassungsstörung, nach schwerer Erkrankung und belastender Therapie (ICD-10 F43.2), welche sich anfänglich wahrscheinlich ungünstig auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt, sich jetzt aber gebessert habe, vor allem die Schlafqualität. Der Patient arbeite zu 50 % in einer sitzenden, körperlich nicht belastenden Tätigkeit. Der Chef sei verständnisvoll, Teamarbeit sei in der Regel recht gut, zeitweise bestehe sehr viel Druck, am Mittag sei er sehr müde und froh, heimkehren zu können. Essen sei schwierig, da er seit der Operation oft keinen Appetit habe. Die grosse Ermüdbarkeit führe zu einer Einbusse der Konzentration (act. II 49/3 f.).

3.1.5 Im Verlaufsbericht vom 25. Januar 2019 diagnostizierte der Hausarzt Dr. med. E. _____ einen Status nach Magenkarzinom cT2-t3, N1 MO und eine Fatigue-Symptomatik bei Status nach Magenkarzinom/Chemotherapie. Symptome seien ein Erschöpfungszustand, verminderte körperliche Belastbarkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis, Traurigkeit/Gefühl der Wertlosigkeit. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 40 %. Die aktuelle Arbeit sei vollumfänglich zumutbar, jedoch mit verminderter Leistungsfähigkeit (act. II 55/3 f.).

3.1.6 In der Aktenbeurteilung vom 20. Juni 2019 hielt med. pract. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, fest, es sei aktenkundig ersichtlich und nachvollziehbar, dass sich eine Anpassungsstörung im Zusammenhang mit der Krebsdiagnose und -behandlung entwickelt habe. Unter dem Behandlungssetting habe eine deutliche Besserung der aufgetretenen Schlafbeschwerden und übermässigen Sorgen ggf. Ängste erreicht werden können. Hingegen habe eine Beeinflussung auf die kardinalen chronischen Beschwerden einer ausgeprägten Müdigkeit und Erschöpfung vor allem abends trotz Besserung der Schlafproblematik nicht erreicht werden können. Es sei möglich bis wahrscheinlich, dass der Grund des Weiterbestehens der ausgeprägten Müdigkeit auf zusätzliche psychische oder psychosoziale Faktoren zurückzuführen sei. Dagegen spreche die gute Ansprechbarkeit auf die verordnete Mirtazapin-Medikation (schon in einer antidepressiven Dosis) auf die sonstigen beschriebenen psychischen Beschwerden. Obwohl eine Anpassungsstörung allein keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bedinge, sei bei Weiterbestehen dieser Diagnose die Grunderkrankung zu berücksichtigen (act. II 66/3).

3.1.7 Im Aktenbericht vom 3. Juli 2019 diagnostizierte Dr. med. I._____, Facharzt für Arbeitsmedizin, RAD, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (act. II 68/7):

1. Magenkarzinom cT2 Ni MO und
Juni bis August 2017 Neoadjuvante Chemotherapie
29. September 2017 Totale Gastrektomie mit D2 Lymphadenektomie, Omentektomie mit Bursektomie omentalis,
jejunale Rekonstruktion nach Roux-Y mit Ersatzmagenbildung
September bis Dezember 2017 Postoperative Chemotherapie

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte der RAD-Arzt das Folgende (act. II 68/7 f.):

2. Fatigue-Symptomatik bei Zustand nach Magenkarzinom/Chemotherapie
3. Anpassungsstörung nach schwerer Erkrankung und belastender Therapie
4. Arterielle Hypertonie
September 2017 Fahrradergometrie klinisch und elektrisch negativ
Zustand nach Nikotinabusus
5. Hypothyreose
Euthyreote Stoffwechsellage unter Substitution
6. Obstruktive Ventilationsstörung (laut Austrittsbericht Rehaklinik J._____ vom 24. Oktober 2017)

In der Beurteilung führte er aus, nach operativer sowie chemotherapeutischer Therapie eines Magenkarzinoms (September 2017) werde in den

Befundberichten ein komplikationsloser positiver Verlauf dokumentiert. Bereits nach sechs Tagen habe der Patient eine Reha-Massnahme (Oktober 2017) auf eigenen Wunsch beendet, die er "bereits in einem guten Ernährungs- und Allgemeinzustand" angetreten habe. Im Januar 2018 sei seitens des Onkologen wieder eine volle Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Der Hausarzt habe im Februar 2018 eine Verbesserung mit noch leicht eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit ohne spezifische Beschwerden bescheinigt. Auch im Mai 2018 sei vom Hausarzt eine Verbesserung mit noch eingeschränkter physischer sowie psychischer Leistungsfähigkeit dokumentiert worden. Im Januar 2019 werde hingegen bei "stationärem Gesundheitszustand" nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 40 % attestiert, ohne dies besonders zu begründen. Die Arbeit sei aber "vollumfänglich zumutbar, jedoch mit verminderter Leistungsfähigkeit". Psychiatrisch sei im November 2018 eine Anpassungsstörung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit dokumentiert worden, "die Einschränkungen seien wahrscheinlich weitgehend somatisch bedingt". Es werde im Bericht der Psychiaterin mehrfach betont, dass der Chef viel Verständnis für seine Situation zeige und der Patient dankbar für eine sitzende, körperlich nicht belastende Tätigkeit sei, andererseits berichte er über viel Stress und Druck sowie eine erneute Umorganisation. Es lägen hier also Hinweise für zusätzliche psychosoziale Belastungsfaktoren vor. Der Patient habe eine leichte Arbeitstätigkeit, im November 2018 habe er aktenkundig seine Teilarbeitsfähigkeit voll erfüllt. Zusätzlich seien der Arbeitsplatz bzw. die Arbeitsbedingungen (kein Nacht-, kein Pikettdienst) seitens des Arbeitgebers angepasst worden (act. II 68/8). Es fänden sich keine objektivierbaren funktionellen Einschränkungen. Die im Hausarztbericht aufgeführten aktuellen Symptome deckten sich mit den subjektiven Schilderungen des Patienten. Hinweise für ein Malabsorptionssyndrom, Dumping-Syndrom, Durchfall, Stuhlunregelmässigkeiten – nach Gastrektomie und Ersatzmagen potentiell möglich – würden in keinem der vorliegenden Berichte angegeben. Es lägen keine Hinweise für eine Mangelernährung vor. Das Körpergewicht habe im Oktober 2017 bei 95 kg gelegen, im Januar 2018 würden 86 kg dokumentiert. Im Mai 2019 habe das Körpergewicht bei 84 kg gelegen und sei somit seit mehr als einem Jahr praktisch konstant im Normalbereich (BMI = 25,36 kg/m²). Bei weiterhin anzunehmendem günstigen Verlauf und in Remission befindlicher Tumorerkrankung seit Anfang 2018 lägen keine

fachärztlich-somatischen oder sonstigen Befunddokumente vor, die plausibel eine fortbestehende nachhaltige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erklären könnten. Es fänden sich aktenkundig aktuell keine fachärztlich-somatischen Diagnostik- und Behandlungsaktivitäten. Die psychiatrische Behandlung sei im Januar 2019 beendet worden (act. II 68/9). Zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit hielt er fest, zumutbar seien leichte wechselbelastende körperliche Tätigkeiten mit einer zusätzlichen Leistungsminderung von 20 % für einen erhöhten Pausenbedarf (ca. 10 Minuten/Stunde z.B. für Zwischenmahlzeiten nach Magenentfernung; act. II 68/9).

3.1.8 In der E-Mail vom 3. Juli 2019 zuhanden des RAD führte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. G. _____ aus, bei der letzten Konsultation am 15. Januar 2019 sei der Psychostatus unauffällig gewesen abgesehen von der grossen Müdigkeit und den Schlafstörungen. Der Patient habe immer nur 50 % gearbeitet, oft sei es ihm übel, da er als Folge der Operation nicht normal essen könne (act. II 70).

3.1.9 Im Bericht vom 2. August 2019 führte der Hausarzt Dr. med. E. _____ aus, initial sei es zu einer zunehmenden Verbesserung des Allgemeinbefindens mit Aufnahme der Arbeit zu 30 % im angestammten Beruf gekommen. Im weiteren Verlauf sei jedoch eine lähmende geistige und körperliche Erschöpfung, eine Tumor-assoziierte Fatigue ohne spezifische körperliche Beschwerden oder Ursachen verblieben. Auch durch Schlaf und Erholungsphasen (Entspannungstherapie, Sport) habe die Erschöpfung nicht ausgeglichen werden können. Ebenfalls sei eine psychologische Unterstützung erfolgt. Ein Arbeitspensum von 40 % könne der Patient mit Mühe meistern. Er sei stetig gewillt und motiviert gewesen, sein Arbeitspensum zu erhöhen, sei jedoch an seine Grenzen gestossen (act. II 77/8).

3.1.10 Im Bericht vom 2. September 2019 hielt Dr. med. K. _____, Facharzt für Medizinische Onkologie, fest, der Patient leide seit Abschluss der Krebsbehandlung an grosser Fatigue. Sein Arbeitspensum von 40 % könne er nur mit Mühe leisten. Er sei motiviert, seine Arbeitsfähigkeit zu erhöhen. Staging-Untersuchungen hätten keinerlei Hinweise auf ein Tumorrezidiv ergeben. Eine andere Ursache für seine verminderte Leistungsfähigkeit sei vom Hausarzt ausgeschlossen worden (act. II 75/2).

3.1.11 In der Aktenbeurteilung vom 24. Oktober 2019 führte der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ aus, es sei widersprüchlich, dass der behandelnde Hausarzt trotz vom Onkologen bescheinigter "voller Leistungsfähigkeit ohne Funktionseinschränkungen" bei "noch leicht eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit" zwar zweimalig hintereinander eine Verbesserung dokumentiert habe, entgegen der fachärztlichen Beurteilung aber weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiere sowie im weiteren Verlauf im Januar 2019 einen stationären Gesundheitszustand mit unveränderter Diagnosestellung dokumentiere. Die Arbeit sei vollumfänglich zumutbar, jedoch die Leistungsfähigkeit – mittlerweile auf 40 % – vermindert. Trotz fortbestehender Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei über einen Zeitraum von mehr als 1,5 Jahren kein fachärztlicher onkologischer Rat eingeholt worden. Weiterhin bestünden Widersprüche in den Angaben des Hausarztes über die Leistungsfähigkeit, bei denen augenscheinlich die subjektiven Angaben des Patienten übernommen worden seien, "Pensum kann nur mit Mühe erfüllt werden ...", während die Arbeitgeberin zweimalig jeweils eine "volle Arbeitsleistung" bestätige (act. II 80/6). Die Diagnose Fatigue sei nicht fachärztlich evaluiert worden. Dokumente über eine entsprechende Ausschlussdiagnostik seien nicht vorgelegt worden. Die Psychiaterin Dr. med. G. _____ habe eine Anpassungsstörung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert und somatische Gründe für die Beschwerden postuliert. Allerdings beruhten sämtliche Angaben zur Diagnose auf den subjektiven Ausführungen des Patienten. Auch der Hausarzt übernehme sowohl die subjektive Beschreibung der Beschwerden als auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (act. II 80/7). Die genannten Beschwerden seien keine funktionellen Einschränkungen, sondern subjektive Angaben. Funktionelle Einschränkungen würden in den vorliegenden Berichten nicht objektiviert (act. II 80/8). Es fänden sich in sämtlichen Berichten keine Hinweise für ein Malabsorptionssyndrom. Seit der Reduktion des Körpergewichts auf ca. 84 kg bewege sich das Gewicht konstant im oberen Normalbereich; Hinweise für einen weiteren bzw. pathologischen Gewichtsverlust fänden sich nicht (act. II 80/9).

In der Stellungnahme vom 21. November 2019 ergänzte der RAD-Arzt, es lägen bei weiterhin anzunehmendem günstigen Verlauf und in Remission befindlicher Tumorerkrankung seit Anfang 2018 keine fachärztlich-

somatischen oder sonstigen Befunddokumente vor, die plausibel eine fortbestehende nachhaltige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erklären könnten (act. II 85/7).

Am 26. Juni 2020 ging Dr. med. I. _____ davon aus, dass leichte wechselbelastende körperliche Tätigkeiten, mit einer zusätzlichen Leistungsmin- derung von 20 % für einen erhöhten Pausenbedarf (ca. zehn Minuten pro Stunde z.B. für Zwischenmahlzeiten nach der Magenentfernung), zumutbar seien. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte bis maximal 10 kg gehoben und getragen werden (act. II 94/9).

3.2

3.2.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Unters- suchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kennt- nis 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. Aus- schlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Her- kunft 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).

3.2.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar be- gründet 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 wieder- holt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Miss- trauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet er- scheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unpartei-

lichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.2.3 Soll 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 mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsin-ternen 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). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.2.4 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).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützt sich auf die Aktenbeurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. I. _____, wonach anhand der Dokumente bei weiter in Remission befindlicher Tumorerkrankung sowie nicht vorhandener fachärztlicher insbesondere psychiatrischer Diagnostik- und Behandlungs-

aktivität eine längerfristige relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht erklärt werden könne. Dr. med. I. _____ erachtete als erstellt, dass dem Beschwerdeführer eine leichte, wechselbelastende körperliche Tätigkeit mit einer zusätzlichen Leistungsminderung von 20 % zumutbar sei (act. II 94/9). Dieser Beurteilung kann jedoch nicht ohne Weiteres gefolgt werden, denn verzichtet die Verwaltung – wie hier – auf die Einholung eines externen Gutachtens, so genügen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen um ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 3.2.3 hiervor). Solche Zweifel sind wie nachfolgend dargelegt vorhanden:

Der Hausarzt med. pract. E. _____ stellte wiederholt erhebliche Einschränkungen des Beschwerdeführers fest (persistierende geistige/körperliche Erschöpfung, Leistungsintoleranz [act. II 55/3], lähmende geistige und körperliche Erschöpfung [act. II 77/8]) und diagnostizierte im Bericht vom 25. Januar 2019 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Fatigue-Symptomatik bei Status nach Magenkarzinom/Chemotherapie (act. II 55/3). Im Bericht von August 2020 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4) – eingereicht im vorliegenden Verfahren – erwähnte der Hausarzt explizit eine Cancer-related Fatigue und hielt fest, diese Diagnose sei ausreichend abgeklärt. Auch wenn die Diagnose durch den Hausarzt und damit nicht von einem Facharzt gestellt wurde, so kann sie hier durchaus zutreffen. Laut dem – bei den Akten liegenden – Fachartikel „Fatigue in der Onkologie“ handelt es sich bei der Cancer-related Fatigue um das Symptom, über welches Krebspatienten, die u.a. eine Chemotherapie erhalten, am häufigsten klagen (act. II 77/11). Laut Rechtsprechung des Bundesgerichts sind Ursachen und Entstehung nach derzeitigem Forschungsstand nicht ganz geklärt. Es bestehe in der medizinischen Fachwelt aber Einigkeit darüber, dass sie komplex seien und somatische, emotionale, kognitive und psychosoziale Faktoren zusammenspielten. Die Cancer-related Fatigue könne – auch wenn die zu Grunde liegenden internistischen oder psychiatrischen Erkrankungen behandelt worden seien – in 30 bis 40 % noch längere Zeit nach Therapieabschluss andauern (BGE 139 V 346 E. 3.3 S. 348). Wenngleich die Cancer-related Fatigue noch nicht als eigene Krankheitsentität Eingang in die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) gefunden habe, bestünden von

der Fatigue-Coalition definierte Diagnosekriterien analog zu ICD-10-Kriterien (BGE 139 V 346 E. 3.4 S. 348). Definitionsbedingt trete diese Form der Fatigue zwingend in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung auf (BGE 139 V 346 E. 3.4 S. 348). Dies ist hier der Fall, da sich der Beschwerdeführer sowohl einer neoadjuvanten Chemotherapie vom 27. Juni bis 25. August 2017 wie auch einer postoperativen Chemotherapie vom September bis Dezember 2017 unterziehen musste (act. II 75/2, 77/8, 82/16). Sodann stellte auch der behandelnde Onkologe Dr. med. K. _____ im Bericht vom 2. September 2019 fest, dass der Beschwerdeführer seit Abschluss der Krebsbehandlung an grosser Fatigue leide und sein Arbeitspensum von 40 % nur mit Mühe leisten könne (act. II 75). Dass die behandelnde Psychiaterin Dr. med. G. _____ im Bericht vom 18. November 2018 eine Anpassungsstörung diagnostizierte, welche sich gebessert habe, weshalb aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit vorliege (act. II 49/3) und dass die psychotherapeutische Therapie im Januar 2019 beendet wurde (vgl. act. II 70), ist letztlich nicht entscheidend, denn es handelt sich bei der Cancer-related Fatigue rechtsprechungsgemäss ohnehin nicht um einen psychischen Gesundheitsschaden (vgl. BGE 139 V 346 E. 3.4 S. 348). Dr. med. G. _____ hielt auch fest, die Einschränkungen seien wahrscheinlich weitgehend somatisch bedingt (act. II 49/6). Am 3. Juli 2019 berichtete sie zudem, der Beschwerdeführer habe glaubwürdig geschildert, dass er rasch erschöpft sei und seine gewohnten Leistungen nicht mehr erbringen könne (act. II 70).

Der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ verneinte im Aktenbericht vom 24. Oktober 2019 die Notwendigkeit einer Begutachtung, da beim Beschwerdeführer noch nicht sämtliche diagnostischen und therapeutischen Massnahmen im Rahmen der ambulanten medizinischen Versorgung ausgeschöpft worden seien (act. II 80/9). Diese Begründung überzeugt nicht, interessiert hier doch primär das Vorliegen eines Gesundheitsschadens und dessen Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, was gerade durch ein Gutachten abzuklären wäre, wenn die bisherigen ärztlichen Berichte nicht genügen.

Im Aktenbericht vom 21. November 2019 hielt Dr. med. I. _____ dem behandelnden Onkologen Dr. med. K. _____ entgegen, er bestätige

eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 40 %, ohne entsprechende eigene Befunden zu hinterlegen; zudem habe der behandelnde Onkologe weitgehend die persönlichen Angaben des Beschwerdeführers wiedergegeben (act. II 85/6). Die Beurteilung von Dr. med. I. _____ überzeugt jedoch nicht vollumfänglich, da er mangels einer eigenen Untersuchung des Beschwerdeführers letztlich auch keine Befunde vorlegte. Weiter enthielt der Bericht des behandelnden Onkologen Dr. med. K. _____ vom 2. September 2019 nicht primär Angaben des Beschwerdeführers, sondern im Wesentlichen eine ausführliche Diagnoseliste (act. II 75). Damit steht jedoch auch fest, dass für eine reine Aktenbeurteilung weder ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status vorlag noch die Daten unbestritten waren (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

In der Stellungnahme vom 26. Juni 2020 setzte sich Dr. med. I. _____ mit Begleitfaktoren sowie möglichen Ursachen einer Cancer-related Fatigue auseinander (act. II 94/6 ff.) und erwähnte u.a., die Müdigkeit könnte auf eine fortbestehende Anämie zurückzuführen sein (act. II 94/6 Ziff. 5). Entgegen seinen Angaben schloss jedoch med. pract. E. _____ aktuell eine Anämie beim Beschwerdeführer aus (act. I 4). Soweit Dr. med. I. _____ schliesslich auf ein allfälliges Schlaf-Apnoe-Syndrom hinwies (act. II 94/6 Ziff. 4), bestehen hierfür gemäss med. pract. E. _____ anamnestisch und klinisch keine Hinweise (act. I 4). Der RAD ging im Aktenbericht vom 26. Juni 2020 erneut davon aus, dass eine Cancer-related Fatigue nicht fachärztlich evaluiert worden sei und keine entsprechende Ausschlussdiagnostik vorliege (act. II 94/5), ohne jedoch selbst entsprechende Abklärungen durch einen Onkologen des RAD zu veranlassen. Nicht überzeugend ist seine Forderung, der Beschwerdeführer habe eine somatisch-fachärztliche Ausschlussdiagnostik vorzulegen (act. II 80/9, 81, 85/7). Eine solche Abklärung wäre allenfalls im Rahmen einer polydisziplinären Untersuchung vorzunehmen, wobei dies nicht die Aufgabe des Beschwerdeführers ist, sondern der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes, welcher besagt, dass Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen haben, wenn hierzu – wie im vorliegenden Fall – aufgrund sich aus den Akten ergebenden An-

haltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 117 V 282 E. 4a S. 283).

3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte noch diejenigen des RAD abgestellt werden kann. Da – entgegen der Meinung des RAD – zumindest Hinweise auf eine Cancer-related Fatigue vorliegen, die Befunde und Diagnose sowie allfällige Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit letztlich jedoch ungenügend abgeklärt sind, hat die Beschwerdegegnerin eine (onkologische/neuropsychologische) Begutachtung zu veranlassen.

3.5 In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 30. Juni 2020 (act. II 95) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

4.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist mit Blick auf die angemessene Kostennote von Rechtsanwältin Dr. jur. C._____, vom 16. November 2020 auf Fr. 2'297.35 (Honorar von Fr. 2'025.--, zuzüglich Auslagen von Fr. 108.10 und MWSt. von Fr. 164.25 [7.7 % von Fr. 2'133.10] festzusetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 30. Juni 2020 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. 2'297.35 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. jur. C. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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