

200 20 696 IV  
SCI/LUB/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 3. Dezember 2020**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiber Lüthi

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Juli 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1974 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Februar 2019 unter Hinweis auf einen Autounfall im Februar 2005 und eine Bauchoperation im März 2017 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm in der Folge erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor, insbesondere bestellte sie die Versicherte zur laborchemischen und klinischen Erhebung in den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) ein (act. II 26, 33 f., 39). Mit Vorbescheid vom 24. Januar 2020 (act. II 43) stellte die IVB mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Verneinung eines Leistungsanspruchs in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 44, 49, 51) und Rücksprache mit dem RAD (act. II 53) verneinte sie mit Verfügung vom 24. Juli 2020 (act. II 54) entsprechend dem Vorbescheid einen Leistungsanspruch.

### **B.**

Mit Eingabe vom 11. September 2020 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde. Sie beantragte, die Verfügung vom 24. Juli 2020 sei aufzuheben, es seien die notwendigen medizinischen Abklärungen zu treffen und ihr die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten.

Mit Eingabe vom 13. Oktober 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. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie 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 24. Juli 2020 (act. II 54). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

**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** Bis zum Erlass der – zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 24. Juli 2020 (act. II 54; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.1.1** Im Bericht der Klinik C. \_\_\_\_\_ vom 6. August 2007 (act. II 17 S. 31) wurden als Diagnosen rezidivierende ISG-Blockaden bei Status nach dreifacher Beckenfraktur und ein retropatellärer Knorpelschaden linkes Knie aufgeführt (S. 31). Die Beschwerden im Beckenbereich seien gut erklärbar durch die Strukturveränderungen nach Schambeinast-Fraktur und entsprechender (schwerer) Chondrose in der Symphyse und Veränderungen im ISG mit entsprechenden Überlastungserscheinungen der unteren LWS (S. 32).

Nach einer Vorstellung in der Klinik C. \_\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2010 wegen erneuten Schmerzen im Bereich des linken ISG und der LWS wurde ein Status fünf Jahre nach Beckenringfraktur mit zweifacher Sitzbein-/Schambeinastfraktur sowie Fraktur im Os sacrum linksseitig und Acetabulum Fraktur rechts festgehalten. Zum Ausgleich der Beinlängendifferenz links von ca. 2 cm sei eine Einlagenversorgung erfolgt. Bei Beschwerdepersistenz sei eine erneute Vorstellung bzw. gegebenenfalls die Überweisung in die Klinik E. \_\_\_\_\_ vorzunehmen (act. II 17 S. 29).

**3.1.2** Vom 18. bis 21. März 2017 war die Beschwerdeführerin im Spital D. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 20. März 2017 (act. II 4 S. 7 f.) wurden als Diagnosen eine suprasymphysäre Narbenhernie nach dreimaliger unterer medianer Laparotomie und ein Status nach dreifachem Beckenbruch vermerkt. Am 18. März 2017 sei ein Hernienverschluss mit Netz durchgeführt worden. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich problemlos gestaltet (S. 7).

**3.1.3** Im Bericht der Klinik C. \_\_\_\_\_ vom 2. März 2018 (act. II 4 S. 2 f.) wurden rezidivierende persistierende, rechts dominierende pan-pelvine Beckenschmerzen, ein Status nach Beckenringfraktur mit zweifacher Sitzbein-/Schambeinastfraktur und Sacrumfraktur links, Acetabulumfraktur rechts 2005, ein Status nach Unterbauchwandstabilisation nach Sectio und

Leistenbruch (anamnestisch) Frühjahr 2017, ein Status nach Sectio Winter 2017, eine Osteochondrose Symphyse mit Verdacht auf Symphyseninstabilität und der Verdacht auf ein chronisches Schmerzsyndrom Gerbershagen II diagnostiziert. Die Patientin habe sich zuletzt im Jahr 2010 mit den ähnlichen Beschwerden wie aktuell vorgestellt (S. 2). Empfohlen werde eine Vorstellung in der Klinik E.\_\_\_\_\_ und eine umfassende MRI-Untersuchung (S. 3).

**3.1.4** Am 8. Juni 2018 diagnostizierten die Behandler der Allgemeinchirurgie/Viszeralchirurgie des Spitals F.\_\_\_\_\_ eine chronische Schmerzproblematik und einen Status nach Beckenbruch nach Autounfall 2005 mit aktuell persistierender Schmerzproblematik (act. II 17 S. 17). Bei fehlendem Hinweis auf ein erneutes Hernienrezidiv bestehe keine Indikation zur Operation. Die Patientin sei mit dem Aussehen der Narbe unzufrieden (act. II 17 S. 18).

Am 19. September 2018 diagnostizierten die Behandler der Anästhesie des Spitals F.\_\_\_\_\_ u.a. eine chronische persistierende Schmerzproblematik Beckenbereich von gemischt nozizeptiv/neuropathischer Qualität nach dreifachem Beckenbruch wegen Autounfall 2005 sowie eine Dyspareunie und eine schmerzhafte Miktion unklarer Ätiologie (act. II 17 S. 13). Die Schmerzproblematik sei komplex. Es bestünden signifikante psychosoziale Belastungen. Bei den in der Leistengegend vorhandenen Schmerzen mit Ausstrahlung in die Knie und Gefühl von blockierter Bewegung könnte es sich um eine Hüftgelenksproblematik bei Status nach Beckenfraktur handeln. Auch für die abdominalen Schmerzen bestehe bei der klinischen Untersuchung ein somatisches Korrelat (act. II 17 S. 15).

**3.1.5** Im Bericht des Zentrums G.\_\_\_\_\_ vom 19. November 2018 (act. II 17 S. 6 f.) wurden ein Kreuzschmerz bei Status nach Beckenringfraktur im 2005 mit Verdacht auf ISG-Problematik links, DD facettagen, DD myofasziell bedingt (ICD-10 M54.5), Hüftschmerzen rechts bei Status nach Acetabulumfraktur im 2005 mit Verdacht auf nozizeptiv-posttraumatische Schmerzen (ICD-10 M79.65), HWS-Schmerzen mit Verdacht auf myofaszielle Komponente, DD facettagen bedingt (ICD-10 M54.82), eine chronische Migräne (ICD-10 G43.8), ein Kopfschmerz bei Kiefergelenksmyoarthropathie (ICD-10 K07.6), der Verdacht auf eine generalisierte Angststörung

(ICD-10 F41.1), der Verdacht auf eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und eine Hypothyreose unter Substitution diagnostiziert (S. 6). Aus anästhesiologischer Sicht seien die multilokulären Schmerzen als Folge des Gleichgewichtsverlustes des Wirbelsäulen-Becken-Komplexes zu interpretieren. Aus neurologischer Sicht sei die Ursache des aktuell berichteten Schulter-/Nacken- und Rückenschmerzes nicht zuordenbar, am ehesten sei es ein myofaszi-aler/nozizeptiver Schmerz. Aus neurologischer Sicht sei die Ursache des nur beim Laufen einschliessenden Beinschmerzes links im lateralen Ober- und Unterschenkel links nicht zuordenbar. Der neurologische Befund sei im Wesentlichen unauffällig. Aus der Sicht der Schmerzpsychotherapie bestehe neben einer chronischen Schmerzstörung insbesondere der Verdacht auf eine Angststörung (S. 7).

Am 13. Dezember 2018 (act. II 17 S. 3 f.) führten die Behandler des Zentrums G. \_\_\_\_\_ aus, aus schmerzphysiotherapeutischer Sicht bestehe eine multilokuläre Schmerzausweitung und eine ausgeprägte Dekonditionierung aufgrund einer maladaptiven Schmerzverarbeitung verbunden mit einem Angst-Vermeidungsverhalten bezüglich Bewegung und Aktivität. Wesentliche strukturelle Korrelate, welche den linksseitigen lumbosakralen Schmerz und den rechtsseitigen Leisten-/Hüftschmerz triggern oder erklären könnten, hätten nicht evaluiert werden können (S. 4).

Sodann wurde am 27. Dezember 2018 (act. II 17 S. 1 f.) weiter festgehalten, der orthopädische Befund werde überlagert von einer nahezu generalisierten Empfindlichkeit. Bereits bei relativ leichter Palpation und ausserhalb der anatomischen Landmarken würden Schmerzen verstärkt ausgelöst. Dies sei durch eine zentrale Störung der Schmerzverarbeitung erklärbar. Aufgrund des klinischen Befundes und der aktuellen Bildgebung erscheine die Fraktur im Beckenring gut konsolidiert und ohne wesentlichen Folgen ausgeheilt, es bestünde nur eine geringe Beckenasymmetrie mit diskretem Tiefstand der linken Beckenseite (S. 2).

Am 6. März 2019 (act. II 28 S. 24 f.) wurde schliesslich berichtet, in der Gesamtschau aller Befunde habe sich die genannte Diagnose nozizeptiver posttraumatischer Schmerzen, ohne spezifischen Anhaltspunkt, wie in der

orthopädischen Untersuchung festgestellt, bestätigt. Daher ergäbe sich aktuell keine Indikation für spezifische interventionelle Schmerztherapien.

**3.1.6** Der Hausarzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 19. Mai 2019 (act II 20) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine generalisierte Angst-/Panikstörung (ICD-10 F41.1/0), einen Kreuzschmerz bei Status nach Beckenringfraktur 2005 und eine chronische Migräne (ICD-10 C43.8). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Hypothyreose (ICD-10 E03.9; S. 3). Er attestierte eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vom 6. Oktober 2017 bis auf Weiteres (S. 1).

**3.1.7** In der RAD-Stellungnahme vom 26. September 2019 (act. II 26) führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, aus, die attestierten Diagnosen im psychiatrischen Fachgebiet (ICD-10 F32.1, 45.41, 41.1, 41) seien weder unter Zugrundelegung der ICD-10-Diagnosen objektiv noch unter Beachtung der Ausschlusskriterien (Beschwerdeausweitung/Zweckverhalten) noch unter Beachtung der Differentialdiagnosen (Befindensstörung) gesichert. Die genannten F-Diagnosen schlossen sich darüber hinaus gegenseitig aus. Gegen das Vorliegen jeder der attestierten psychiatrischen Diagnosen spreche vor allem der fehlende objektive Leidensdruck (keine Einnahme von Psychopharmaka, erhaltene Autonomie und Mobilität, erhaltene Selbst- und Fremdfürsorge). Die vorliegenden medizinischen Unterlagen (2007-2019) wiesen darüber hinaus sowohl eine Symptomausweitung als auch einen Diagnose-Shift von somatischen zu psychiatrischen Diagnosen aus, ohne dass bis 2016 eine psychiatrische Behandlung erforderlich gewesen sei und ohne dass eine erhöhte Vulnerabilität für die Entwicklung psychischer Erkrankungen objektiv vorliege (S. 6). In der Gesamtschau spräche dies mehrheitlich für eine Tendenz zur Dramatisierung und Katastrophisierung (histrionisches Verhalten) bzw. für Zweckverhalten. Es lägen bisher keine Befunde vor, die einen Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf das berufliche Leistungsvermögen objektiv auswiesen. Empfohlen werde eine Anfrage beim Hausarzt über die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versor-

gungen in den letzten drei Jahren und die Einbestellung der Versicherten in den RAD zur Laboranalyse (Blut/Urin; S. 7).

Nach durchgeführter Laboranalyse (act. II 33 f.) und vorangehendem Gespräch der RAD-Ärztin mit der Beschwerdeführerin vom 22. Oktober 2019 hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ in der Aktennotiz vom 25. November 2019 (act. II 39) zusammenfassend fest, es bestehe ein normaler Ernährungszustand. Laborchemisch bestünden keine Zeichen einer Fehl- oder Mangelernährung. Die Herz-Kreislauffunktionsparameter seien normal trotz des Nachweises von Amphetaminen (Stimulanz) und Methadon im Urin. Es bestehe eine hohe Kontrollbestrebung (Selbst- und Umgebungskontrolle). Klinische Zeichen einer Schmerzschonhaltung oder einer Schmerzvermeidungshaltung seien nicht vorhanden (act. II 39 S. 3).

Nach einem Telefonat mit dem Hausarzt vom 27. November 2019, bei dem dieser angab, der Versicherten weder Amphetamine noch Methadon verordnet zu haben und seines Wissens auch kein Substitutionsprogramm bestehe (act. II 41), führte die RAD-Ärztin am 6. Dezember 2019 aus, zusammengefasst lägen keine Befunde vor, die eine (leistungsrelevante) Erkrankung des psychiatrischen Formenkreises objektiv begründen könnten und es lägen keine objektivierbaren Befunde vor, die für das Vorliegen einer leistungsrelevanten (chronischen) Schmerzstörung sprechen könnten (act. II 42 S. 3). Vielmehr sei differentialdiagnostisch an einen Medikamentenfehlgebrauch von Tramadol (22. Oktober 2019: oberhalb des therapeutisch wirksamen Bereiches liegender Serumspiegel) und anderer Substanzen (Amphetamine, Methadon) zu denken. Entzugssymptome hätten am 22. Oktober 2019 nicht bestanden ebenso keine klinischen oder laborchemischen Zeichen einer Intoxikation. Es lägen bisher keine Befunde vor, die einen Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf das berufliche Leistungsvermögen objektiv begründen könnten. Die dokumentierten Normalbefunde im Neuro- und im Psychostatus schlossen die attestierten F-Diagnosen zweifelsfrei aus, ebenso der am 22. Oktober 2019 erhobene normale Psychostatus. Die Versicherte werde deshalb noch für fähig erachtet, mindestens körperlich leichte und mittelschwere Arbeiten entsprechend ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten mit den betriebsüblichen Pausen bis zu einem 100 %-Pensum zu verrichten. Sie werde ebenfalls fähig erachtet, ohne Ein-

schränkungen öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Dieser Zustand habe bereits zum Zeitpunkt des Eingangs des Gesuchs um IV-Leistungen am 4. Februar 2019 bestanden (act. II 42 S. 4).

**3.1.8** Im Bericht der Klinik J.\_\_\_\_\_ vom 27. April 2020 (act. II 51) an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wurden als psychiatrische Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), ein Status nach Unfall im 2005 mit somatischen Folgen, chronischen Schmerzen und chronischer Schmerzstörung (ICD-10 F45.41), eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0) und der Verdacht auf eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie als somatische Diagnosen Hüftschmerzen rechts bei Status nach Acetabulumfraktur im 2005 mit Verdacht auf nozizeptive posttraumatische Schmerzen (ICD-10 M79.65), ein Kreuzschmerz bei Status nach Beckenringfraktur im Jahr 2005 mit Verdacht auf ISG-Problematik links, DD facettogen, DD myofasziell bedingt (ICD-10 M54.5), eine Hypothyreose unter Substitution (ICD-10 E03.9) und ein Kopfschmerz bei Kiefergelenksmyoarthropathie (ICD-10 K07.6) genannt (S. 9). Nach dem Unfall (2005) sei die Patientin wegen somatischer und psychischer Beschwerden zu 100 % arbeitsunfähig geworden. Die ständigen Schmerzen hätten ihre psychische Gesundheit mit teils ausgeprägten depressiven Symptomen zusammen mit Zukunftsängsten und Panikattacken verschlechtert (S. 7). Der psychische Zustand habe sich seit März 2020 noch weiter verschlechtert.

**3.1.9** In der RAD-Stellungnahme vom 21. Juli 2020 (act. II 53) führte Dr. med. I.\_\_\_\_\_ aus, die im Anhörungsverfahren zitierten aktenkundigen medizinischen Berichte/Befunde seien bereits im RAD-Sprechstundenbericht vom 6. Dezember 2019 einschliesslich sämtlicher Erhebungen im RAD am 22. Oktober 2019 in der Leistungsbeurteilung gewürdigt worden. Es würden vorrangig subjektive Beschwerden/Befindlichkeitsstörungen vorgebracht aber keine neuen medizinischen Gesichtspunkte, die eine andere als die Leistungsbeurteilung im Sprechstundenbericht vom 6. Dezember 2019 begründen könnten (S. 4).

**3.2** 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 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. 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).

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

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung massgeblich auf die Beurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 26. September 2019 (act. II 26), 25. November 2019 (act. II 39) und 6. Dezember 2019 (act. II 42) gestützt. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass weder Befunde, die eine (leistungsrelevante) psychische Erkrankung begründen könnten, noch objektivierbare Befunde, die für das Vorliegen einer leistungsrelevanten (chronischen) Schmerzstörung sprechen könnten, vorlägen (act. II 26 S. 7 und 42 S. 3). Vielmehr sei differenzialdiagnostisch ein Fehlgebrauch von Medikamenten und anderen Substanzen in Betracht zu ziehen. Sie erachtete es als erstellt, dass der Beschwerdeführerin mindestens leichte und mittelschwere körperliche Tätigkeiten vollumfänglich zumutbar seien (act. II 42 S. 4.). Dieser versicherungsinternen Einschätzung kann jedoch nicht gefolgt werden. 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 hiervor). Solche Zweifel sind wie nachfolgend dargelegt vorhanden:

Aufgrund der Aktenlage steht fest, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2005 einen Unfall mit Beckenbeteiligung – Beckenringfraktur mit zweifacher Sitzbein-/Schambeinastfraktur und Fraktur Os sacrum linksseitig und Acetabulum Fraktur rechts – erlitten hat (act. II 17 S. 39). Welche Auswirkungen diese Unfallschäden hatten und noch haben bzw. ob und inwieweit sie sich nun im Alter verstärkt haben, ist in den RAD-Beurteilungen ungeprüft geblieben. So verfügt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ als Neurologin und Psychiaterin nicht über die für die Beurteilung dieser Fragen erforderliche Spezialisierung. Weiter steht aufgrund der Akten fest, dass zwischenzeitlich eine erhebliche psychische Überlagerung erfolgt ist und nunmehr im Vordergrund

stehen dürfte (act. II 17 S. 2 und 4), wobei – entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 6 f. Ziff. 9) – auch psychosoziale Faktoren mitbestimmend sind (act. II 17 S. 15). Zwar scheint in diesem Zusammenhang der Leidensdruck, wie die RAD-Ärztin nachvollziehbar dargelegt hat, tatsächlich gering zu sein (keine Einnahme von Psychopharmaka, erhaltene Autonomie und Mobilität sowie erhaltene Selbst- und Fremdfürsorge; act. II 26 S. 6). Damit (allein) kann jedoch nicht das Vorliegen von psychiatrischen Diagnosen verneint werden. Vielmehr ist diesbezüglich eine Auseinandersetzung mit den diagnoserelevanten Kriterien der von den behandelnden Ärzten aufgeführten psychischen Störungen notwendig. Eine entsprechende nachvollziehbare Auseinandersetzung bzw. Prüfung ist vorliegend nicht ausgewiesen. Ebenso wenig kann einzig aus einem fehlenden bzw. geringen Leidensdruck bereits auf einen fehlenden invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden geschlossen werden, handelt es sich hierbei doch um eines von verschiedenen Kriterien im Rahmen der Indikatorenprüfung (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304 [Indikator "Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen"]). Sodann weicht Dr. med. I. \_\_\_\_\_ auch in ihrer Einschätzung vom 6. Dezember 2019 (act. II 42 S. 3 f.) verweisend auf die Laborwerte vom 22. Oktober 2019 (act. II 33 f.) und die Erkenntnisse aus einem 15-minütigen Gespräch mit der Beschwerdeführerin desselben Tages sowie einem mit dem Hausarzt geführten Telefonat vom 27. November 2019 (act. II 39) wesentlich von den Beurteilungen der behandelnden Ärzte ab. Dies obschon sie zuvor selbst weitere Abklärungen für nötig gehalten hatte (act. II 26 S. 7), ihr in der Folge im Wesentlichen jedoch nochmals dieselben Arztberichte zugestellt worden sind (act. II 28) und sich überdies in keinem ein Hinweis dafür findet, dass die Beschwerdeführerin Methadon eingenommen hätte. Vielmehr teilte der telefonisch angefragte Hausarzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ mit, er habe weder für Amphetamine noch für Methadon eine Verordnung ausgestellt und auch ein Substitutionsprogramm sei ihm nicht bekannt. Zudem führte er in der im Beschwerdeverfahren eingereichten Stellungnahme vom 11. August 2020 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4) weiter aus, vergleichend mit einer Laboranalyse vom 7. Juli 2020 seien bei ihm keine auffälligen Werte festgestellt worden und er vermute aufgrund weiterer unterschiedlicher Werte (Antinukleäre Ak, Ferritin, IgA-Serum, Eiweiss Serum, Kreatinin) eine Verwechslung des Probematerials. Auch die Klinik J. \_\_\_\_\_ verneinte die

Verordnung von Methadon und Amphetaminen (act. II 51 S. 8). Ausserdem hält die RAD-Ärztin selber fest, dass am 22. Oktober 2019 weder Entzugssymptome noch klinische oder laborchemische Zeichen einer Intoxikation bestanden hätten (act. II 42 S. 4). Damit bestehen erhebliche Anzeichen, die gegen die Zuverlässigkeit der durch den RAD veranlassten Laboranalyse sprechen. Schliesslich ist festzuhalten, dass Dr. med. I. \_\_\_\_\_ im Vorbescheidverfahren an ihren Einschätzungen festgehalten hat (act. II 53 S. 4), ohne ihre von den behandelnden Ärzten abweichende Beurteilung näher zu begründen bzw. sich mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander zu setzen. Namentlich geht sie auf die von der Klinik J. \_\_\_\_\_ abweichend gestellten psychiatrischen und somatischen Diagnosen sowie die geltend gemachten Wechselwirkungen (gegenseitige Verstärkung der körperlichen und psychischen Schmerzen), welche eine progrediente Verschlechterung des Gesundheitszustands zeige (act. II 51 S. 9 f.), und die deshalb abweichende Beurteilung des Belastungsprofils (act. II 51 S. 7 f.) nicht ein. Sie verweist bloss auf ihre vorherigen Beurteilungen, was in Anbetracht der erweiterten medizinischen Aktenlage nicht ausreichend ist.

**3.4** Unter diesen Umständen kann auf die Beurteilungen der RAD-Ärztin nicht abgestellt werden. Es kann aber auch nicht unbesehen auf die Berichte der behandelnden Ärzte abgestellt werden. Diese erlauben keine abschliessende Beurteilung, zumal sie weder hinreichend Aufschluss über mögliche leistungsrelevante Unfallresiduen bieten noch auf umfassenden, interdisziplinär fachärztlichen Einschätzungen beruhen. Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit als ungenügend abgeklärt. Die Sache ist – wie von der Beschwerdeführerin beantragt – zur bi- oder polydisziplinären Begutachtung mit vorgängiger wiederholter Laborbestimmung und im Bedarfsfall vorgängigem Mahn- und Bedenkzeitverfahren, sollte sich ein reversibles Suchtgeschehen ergeben, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**3.5** Nach dem Dargelegten ist in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 24. Juli 2020 (act. II 54) aufzuheben. Die Akten sind zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der vorstehenden Erwä-

gungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

#### **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 Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (vgl. BVR 2009 S. 187 E. 4). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**4.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1).

Mit Kostennote vom 30. Oktober 2020 macht Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 1'437.50 (5.75 h. à Fr. 250.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 43.10 und Mehrwertsteuer (MWSt.) von Fr. 114.-- geltend, was einem Betrag von insgesamt Fr. 1'594.60 entspricht und nicht zu beanstanden ist. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 24. Juli 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 von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'594.60 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - 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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.