

200 14 773 IV
MAW/REL/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 25. November 2014

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiberin Renz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. Juli 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1959 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war seit dem 21. Mai 2002 bei der C._____ als ... in einem Pensum zu 80 % angestellt (Antwortbeilage der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin, AB] 1). Am 10. März 2011 wurde sie durch ihre Arbeitgeberin unter Hinweis auf ein seit dem 7. April 2010 bestehendes Burnout und Ängste mit Meldeformular für Erwachsene zur Früherfassung bei der IVB angemeldet (AB 1).

Am 29. März 2011 meldete sich die Versicherte aufgrund einer Erschöpfungsdepression selber bei der IVB zu Massnahmen für die berufliche Wiedereingliederung an (AB 7). In der Folge nahm die IVB Abklärungen in beruflicher und medizinischer Hinsicht vor (AB 11 ff.) und gewährte der Versicherten – nachdem ein Integrationsplan erstellt worden war (AB 36) – eine Integrationsmassnahme in Form eines zwölfwöchigen Belastbarkeitstrainings bei der Abklärungsstelle D._____ (AB 51). Nach Einholen eines Abklärungsberichtes Haushalt (AB 62) und eines Untersuchungsberichts beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (AB 67) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 2. August 2013 (AB 70) die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht, da keine invalidenversicherungsrechtlich relevante gesundheitliche Beeinträchtigung vorliege. Damit zeigte sich die durch Rechtsanwalt B._____ vertretene Versicherte mit Einwand vom 6. September 2013 (AB 78) nicht einverstanden. Nach Rücksprache mit dem RAD (AB 84) verfügte die IVB am 29. Juli 2014 (AB 85) dem Vorbescheid entsprechend und verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-Rente).

B.

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte – weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____ – am 25. August 2014 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern und beantragte, die Beschwerdegegner-

rin sei zu verpflichten, ihr rückwirkend ab dem 1. März 2011 die gesetzlichen Rentenleistungen (mindestens eine halbe IV-Rente) zuzüglich des gesetzlichen Verzugszinses auszurichten. Eventualiter sei die Streitsache zur Einholung eines psychiatrischen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Am 23. September 2014 verzichtete die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die angefochtene Verfügung auf eine ausführliche Beschwerdeantwort und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

Am 25. November 2014 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 (VRPG; BSG 155.21) statt.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a GSOG 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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 29. Juli 2014 (AB 85). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente.

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 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.5 Um den IV-Grad 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Bezüglich des Gesundheitszustandes sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Die Fachärzte der Klinik E. _____ führten in ihrem Bericht vom 23. August 2010 (AB 16 S. 11 ff.) zur stationären Behandlung vom 16. Juni bis zum 5. August 2010 die psychiatrischen Diagnosen einer schweren

depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2), einer akuten Erschöpfungssymptomatik mit Burnout (ICD-10: Z73.0) und Belastungen in Verbindung mit der beruflichen Situation (ICD-10: Z56) auf. Als somatische Diagnosen nannten sie funktionelle kardiale Beschwerden (ICD-10: F45.31), Obstipationsneigung, Rhizarthrose rechts, einen Status nach Hysterektomie und einen Heuschnupfen. Die Beschwerdeführerin leide seit ihrem Zusammenbruch im Geschäft unter der Symptomatik einer schweren depressiven Episode. Sie sei während dem Klinikaufenthalt und zwei Wochen darüber hinaus zu 100 % arbeitsunfähig und es werde von einer anschliessenden Arbeitsunfähigkeit von weiteren zwei Monaten zur Stabilisierung ausgegangen (S. 14). Ein anschliessender schrittweiser Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit sei sorgfältig vorbesprochen worden.

3.1.2 In ihrem Bericht vom 18. November 2010 (AB 16 S. 2 ff.) diagnostizierten die Fachärzte des Spitals F._____ eine schwere depressive Episode, ein Vitamin-D-Mangel, Migräne und rezidivierende Synkopen bei Verdacht auf orthostatische Dysregulation. Es beständen keine Hinweise für eine dementielle Erkrankung und die kognitiven Fehlleistungen liessen sich gut im Rahmen der mittelschweren Depression erklären (S. 4).

3.1.3 Der Hausarzt in der Klinik G._____, Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 30. April 2011 (AB 21) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: mittelschwere bis schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2), Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) und Erschöpfungssymptomatik (ICD-10: Z73.0 [S. 2]). Vom 7. bis zum 16. April 2010 sei die Beschwerdeführerin zu 100 %, vom 19. bis zum 24. April 2010 zu 50 % und seit dem 25. Mai 2010 wieder zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (S. 4 Ziff. 1.6).

3.1.4 Am 8. Juli 2011 (AB 31) hielt die behandelnde Psychotherapeutin I._____ in der Klinik G._____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, fest, dass sich die Beschwerdeführerin seit Mitte September 2011 bei ihr in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befinde und in dieser Zeit ihr psychisches Wohlbefinden habe stabilisieren können. Zudem habe sie ihren Aktionsradius kontinuierlich erweitern können und finde sich in privatem Rahmen auch im Alltagsleben wieder alleine zurecht.

3.1.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 22. Dezember 2011 (AB 41) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode ohne psychotische Symptome, ursprünglich schwer (ICD-10: F32.2/ICD-10: F32.0), und eine dissoziative Störung (Konversionsstörung), nicht näher bezeichnet (ICD-10: F44.9 [S. 4]). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien unter anderem eine Agoraphobie mit Panikstörung, weitgehend remittiert (ICD-10: F40.01), ein Erschöpfungssyndrom, remittiert (ICD-10: Z73.0), Migräne, rezidivierende Synkopen bei orthostatischer Dysregulation (S. 4). Die leichten Konzentrationsstörungen, die verminderte akustische Merkfähigkeit und die Störbarkeit führten zu einem langsamen Arbeitstempo und dem subjektiven Gefühl der Überforderung mit vegetativen Stressreaktionen als funktionelle Einschränkung (S. 5). Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar, da sie die komplexen Aufgaben und die Leistungsanforderungen nicht mehr erfülle. Selbst bei einem Pensum von 2,5 Stunden täglich an drei Tagen die Woche sei sie in einer angepassten Tätigkeit (einfache Büroarbeiten) in angepasster Umgebung (störungsfreier Raum) überfordert. Eine angepasste einfache Tätigkeit mit klaren, in einzelne Arbeitsschritte unterteilte Aufgaben ohne Komplexität und sich wiederholenden Abläufen sei ihr zumutbar. Die angepasste Umgebung solle wenig Lärm und Leute haben und die Möglichkeit, Pausen zumachen, sei wichtig ebenso wie das Erfüllen von Aufgaben mit wenig Zeitdruck. Ab Januar 2012 sei ein Pensum von 2,5 Stunden täglich an drei Tagen pro Woche in einer angepassten Tätigkeit zumutbar mit einer Steigerung auf vier Stunden täglich innerhalb eines halben Jahres. Dabei sei die Leistungsfähigkeit leicht (um 10 %) vermindert.

3.1.6 Im Verlaufsbericht vom 12. Dezember 2012 (AB 63) führte der Hausarzt Dr. med. H. _____ aus, dass sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe und dass die Beschwerdeführerin weiterhin bessere und schlechtere Tage habe (Ziff. 1). Der Einfluss der Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht abschliessend beurteilt werden, das Belastungstraining bei der Abklärungsstelle D. _____ habe abgebrochen werden müssen und eine zusätzliche Abklärung durch einen Facharzt der Psychiatrie sei empfehlenswert (Ziff. 2).

3.1.7 In ihrem Untersuchungsbericht vom 21. Februar 2013 (AB 67) diagnostizierte die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode von schwer bis mittelgradig (ICD-10: F32.2-F32.1), aktuell leicht (ICD-10: F32.0), eine dissoziative Störung (ICD-10: F44.9) mit Synkopen, eine Agoraphobie und Panikstörung (ICD-10: F40.01) und eine Erschöpfungssymptomatik (ICD-10: Z73.0), differentialdiagnostisch Neurasthenie (ICD-10: F48.0 [S. 4]). Die leichte depressive Episode habe 2009 mit Erschöpfung und einer Episode von schwerer bis mittelgradiger Depression bei Anpassung an veränderte Lebensumstände begonnen (S. 5). Dazu kämen eine komorbide Angst- und Panikstörung, eine dissoziative Störung und eine Selbstwertstörung, die wahrscheinlich vorbestehend sei. Die anhaltende Erschöpfung weise auf eine Neurasthenie hin (subsyndromal nach ICD-10, nicht alle Kriterien erfüllt), die auch beim Abklingen der depressiven Störung bleibe und zu Einschränkungen in der Belastbarkeit und geistigen Leistungsfähigkeit führe. Die Prognose sei günstig und es sei der Beschwerdeführerin in einem langsamen Aufbau ein halbes Pensum in einer angepassten Tätigkeit (mit klar strukturierten Aufgaben, mit wechselnder Belastung und Aufgaben [z.B. nicht zu lange am PC], mit der Möglichkeit, Pausen zu machen und mit wenig Lärmexposition, wobei ein wohlwollendes Arbeitsklima mit häufigen positiven Rückmeldungen und genügend langer Einarbeitungszeit wichtig sei) zumutbar mit einer Steigerung nach sechs bis acht Monaten auf ein Pensum von 80 %. Dabei sei die Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt, vorausgesetzt die depressive Stimmung sei leicht oder remittiert (keine schwere Episode).

3.1.8 Im Bericht vom 24. Juli 2013 (AB 69) stellte die RAD-Ärztin erneut die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer depressiven Episode von mittelgradig bis leicht (ICD-10: F32.1/2), aktuell leicht, einer dissoziativen Störung (ICD-10: F44.9) und einer Agoraphobie und Panikstörung (ICD-10: F40.01 [S. 3]). Die subsyndromale Neurasthenie (ICD-10: F48.0) und die Erschöpfungssymptomatik (ICD-10: Z73.0) seien nun ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Angst- und Panikstörung sei komorbid zur depressiven Episode und habe sich chronifiziert, sie sei jedoch nicht komorbid zur dissoziativen Störung. Die Agoraphobie und Panikstörung seien wechselhaft und könnten, zumindest teilweise, überwunden werden, was sich daraus ergebe, dass es der Beschwerdeführerin

möglich sei, in die Stadt zu fahren um einer alten Frau vorzulesen (S. 4). Sie seien fluktuierend und nicht voll remittiert, aber bezüglich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mit einem Aufbautraining überwindbar. Zum Zeitpunkt des ersten Zusammenbruchs 2010 könne eine mittelgradige depressive Episode angenommen werden, die sich kontinuierlich gebessert habe und ab 2013 nachweislich (eigene Untersuchung) leicht geworden sei.

3.1.9 In ihrem Schreiben an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 30. August 2013 (AB 86 S. 18 f.) führte die Psychotherapeutin I. _____ aus, dass sich die Beschwerdeführerin seit April 2012 nicht mehr bei ihr in psychotherapeutischer Behandlung befinde. Der Abschluss sei auf Wunsch der Beschwerdeführerin erfolgt, die depressive Symptomatik sei in diesem Zeitpunkt allerdings nicht verschwunden gewesen, sie habe sich jedoch nach Ruhe gesehnt. Zudem sei die Medikation wegen Nebenwirkungen und zu geringem positiven Effekt auf Stimmung/Leistungsfähigkeit ausgeschlichen worden.

3.1.10 In der Stellungnahme vom 24. Juli 2014 (AB 84) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ an ihrer Beurteilung fest und führte auf, dass sowohl die dissoziative Störung, wie auch die Neurasthenie zu den ätiologisch unklaren Syndromen gehörten und beide gemäss „BSV Beschluss“ als nicht invalidisierend gelten würden (S. 2).

3.2

3.2.1 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen

beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 232 E. 5.1, 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 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).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2014 (AB 85) massgeblich auf die Beurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ vom 24. Juli 2013 (AB 69) und vom 24. Juli 2014 (AB 84) gestützt. Darin geht diese einmal davon aus, dass die Beschwerdeführerin zwar an einer schweren bis mittelgradigen depressiven Episode gelitten habe, welche jedoch in den Beurteilungszeitpunkten (Sommer 2013 und Sommer 2014) nur noch leicht ausgeprägt gewesen sei (ICD-10: F32.0 [AB 67 S. 5]). Später qualifizierte die RAD-Ärztin die im Zeitpunkt des ersten Zusammenbruchs aufgetretene depressive Episode als mittelgradig (AB 69 S. 4). Zudem hätten eine dissoziative Störung (ICD-10: F44.9) und eine Agoraphobie und Panikstörung (ICD-10: F40.01) einen

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die zunächst noch als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit qualifizierte subsyndromale Neurasthenie (ICD-10: F48.0) und die Erschöpfungssymptomatik (ICD-10: Z73.0) wurden im Bericht vom 24. Juli 2013 (AB 69) als nun ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit qualifiziert (S. 3).

Grundsätzlich haben RAD-Untersuchungsberichte wie die beiden Berichte von Dr. med. J. _____ vom 24. Juli 2013 (AB 69) und vom 24. Juli 2014 (AB 84) einen vergleichbaren Beweiswert wie Gutachten, sofern sie den Anforderungen (vgl. E. 3.2 vorstehend) an ein ärztliches Gutachten – auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen – genügen (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall wie vorliegend 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 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.4 Die Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ erscheint hinsichtlich des depressiven Geschehens als nachvollziehbar. Die Fachärzte der Klinik E. _____ nannten in ihrem Bericht vom 23. August 2010 (AB 16 S. 11 ff.) zur Hospitalisation vom 16. Juni bis zum 5. August 2010 zwar unter anderem eine schwere depressive Episode als psychiatrische Diagnose, doch zeigt sich in der Gesamtbetrachtung des ganzen Berichts ein leicht anderes Bild: so führen die Fachärzte aus, dass die Beschwerdeführerin bei Eintritt in die Klinik „mittelgradig deprimiert“ gewesen sei (S. 12) und zum Verlauf wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin gut vom Klinikaufenthalt habe profitieren können und „die Klinik in einem deutlich besseren psychischen Zustand“ verlasse (S. 13). Weiter diagnostizierten

die Fachärzte des Spitals F. _____ in ihrem Bericht vom 18. November 2010 (AB 16 S. 2 ff.) zwar auch eine schwere depressive Episode, führten hiernach jedoch aus, dass die testpsychologische Auswertung das Vorliegen einer mittelschweren Depression gezeigt habe, was auch dem klinischen Eindruck entspreche (S. 4). Zudem liessen sich auch die kognitiven Fehlleistungen gut im Rahmen der mittelschweren Depression erklären. Aus den Unterlagen der behandelnden Psychotherapeutin geht schliesslich hervor, dass sich das psychische Wohlbefinden der Beschwerdeführerin bereits im Sommer stabilisiert hatte (vgl. den Bericht vom 8. Juli 2011 [AB 31]) und die Beschwerdeführerin im Frühjahr 2012 sogar die Psychotherapie auf eigenen Wunsch abgebrochen hat (vgl. Bericht vom 30. August 2013 [AB 86 S. 18 f.]). In Gesamtwürdigung der vorliegenden medizinischen Unterlagen erscheint es deshalb durchaus nachvollziehbar, dass die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ nach ihrer eigenen Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 20. Februar 2013 (AB 67) die Diagnose einer depressiven Episode mittelgradig bis leicht, aktuell leicht, gestellt hat (AB 69 S. 3). Zwar hat der Hausarzt Dr. med. H. _____ stets eine mittelschwere bis schwere depressive Episode diagnostiziert (vgl. z.B. AB 21), doch gilt es dabei zu beachten, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353).

Nach dem hiervor Dargelegten kann deshalb auf die Einschätzung der RAD-Ärztin vom 24. Juli 2013 (AB 69) und 24. Juli 2014 (AB 84) hinsichtlich des depressiven Geschehens bei der Beschwerdeführerin abgestellt werden und es ist davon auszugehen, dass die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte mittelgradige depressive Episode, welche in den Beurteilungszeitpunkten (Sommer 2013 und Sommer 2014) nur noch leicht ausgeprägt gewesen ist, nicht invalidisierend ist: Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gilt eine depressive Episode mittleren Grades (ICD-10: F32.1) in der Regel nicht als invalidisierend, weil es sich hierbei definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden handelt, indem solche Episoden im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauern, und länger dauernde Störungen unter ICD-10 F33.1 (rezidivierende depressive

Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode) zu subsumieren wären (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Juni 2011, 8C_80/2011, E. 6.3.2 und vom 26. Januar 2007, I 510/06, E. 6.3).

3.5 Hingegen erscheint die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. J._____ im Bezug auf die von ihr im Rahmen ihrer eigenen Untersuchung vom 20. Januar 2013 festgestellte Diagnose der Agoraphobie mit Panikstörung nicht nachvollziehbar (vgl. AB 67).

Während sie in ihrem ersten (Akten-)Bericht vom 22. Dezember 2011 (AB 41) die Diagnose der Agoraphobie mit Panikstörung noch als remittiert und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten hatte, erkannte die RAD-Ärztin nach der eigenen Untersuchung im Bericht vom 21. Februar 2013 (AB 67) der selben Diagnose einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (S. 4). Auch im Bericht vom 24. Juli 2013 (AB 69) qualifizierte Dr. med. J._____ die Angst- und Panikstörung als so ausgeprägt, dass sie sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirke. Explizit hielt sie fest, dass diese komorbid zur depressiven Episode sei und sich chronifiziert habe (S. 4). Die Agoraphobie und die Panikstörung seien wechselhaft und könnten – immerhin, aber doch nur teilweise – überwunden werden. In der Stellungnahme vom 24. Juli 2014 (AB 84) führte die RAD-Ärztin dann aus, dass nur Befunde hätten erhoben werden können, die gegen ein schweres Ausmass der Angststörung sprächen, so dass sie an ihrer Beurteilung vom 24. Juli 2013 (AB 69) festhalte und davon ausgehe, dass ein halbes Pensum mit einer Steigerung auf 80 % in einer angepassten Tätigkeit zumutbar sei.

Insgesamt kann aufgrund der unterschiedlichen Aussagen zur Diagnose der Agoraphobie mit Panikstörung von Dr. med. J._____ nicht schlüssig nachvollzogen werden, wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Verlauf seit dem Burnout ausgewirkt hat und aktuell auswirkt. Nicht überzeugt zudem, dass die RAD-Ärztin die Angst- und Panikstörung zwar als komorbid und damit eigenständig neben dem depressiven Geschehen diagnostiziert und als sich auswirkend auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft hatte, dass sie das selbe Krankheitsgeschehen aber ein knappes halbes Jahr später als überwindbar und nicht mehr invalidisierend beurteilte. Sie hat die Beschwerdeführerin in der Zwischenzeit weder er-

neut untersucht noch aktuelle Arztberichte eingeholt. Dieses Vorgehen ist unzulässig und schmälert den Beweiswert der Beurteilung der RAD-Ärztin.

3.6 Schliesslich kommt hinzu, dass die RAD-Ärztin Dr. med. J._____ in ihren Berichten bis und mit demjenigen vom 21. Februar 2013 (AB 67) stets von einer bestehenden erheblichen Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ausgegangen ist. So führte sie im Bericht vom 22. Dezember 2011 (AB 41) zunächst aus, dass es der Beschwerdeführerin möglich sei, in einer angepassten Tätigkeit ihr Arbeitspensum von 2,5 Stunden täglich an drei Tagen in der Woche innerhalb eines halben Jahres auf vier Stunden täglich an fünf Tagen pro Woche zu steigern, wobei die Leistungsfähigkeit um 10 % vermindert sei (S. 5). Nach der eigenen Untersuchung hielt sie im Bericht vom 21. Februar 2013 (AB 67) fest, dass der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit ein halbes Pensum mit einem entsprechenden Aufbautraining zumutbar sei (S. 6). Es ist deshalb nicht ersichtlich, gestützt auf welche Begründung die dissoziative Störung, welche lange als mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft worden ist (vgl. AB 67 und AB 69), nun plötzlich in der angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2014 (AB 85) als „nicht die Arbeitsfähigkeit einschränkend“ beurteilt wird. Zusammenfassend ergeben sich damit aus den Berichten der RAD-Ärztin Dr. med. J._____ Zweifel an deren Beweiswert, so dass darauf nicht abgestellt werden kann.

3.7 Wenn schliesslich der behandelnde Hausarzt Dr. med. H._____ in seinem Bericht vom 12. Dezember 2012 (AB 63) und in Kenntnis der Ergebnisse des Belastbarkeitstrainings, welches die von der RAD-Ärztin vorgesehene Pensumssteigerung zum Ziel hatte und gezeigt hat, dass die Beschwerdeführerin über nicht genügend Kapazitäten verfügte, um die entsprechenden Pensumssteigerung zu erreichen und beizubehalten (vgl. hierzu den Bericht der Abklärungsstelle D._____ vom 22. Juni 2012 [AB 57 S. 5]), eine zusätzliche Abklärung durch einen Facharzt der Psychiatrie für notwendig hält, damit die genaue Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ermittelt werden könne (Ziff. 2), vermag dies schliesslich auch den Beweiswert der von der RAD-Ärztin erstellten Berichte in Zweifel zu ziehen. Die Berichte des RAD genügen damit den strengen Beweisanforde-

rungen an ärztliche Gutachten nicht, weshalb deren Beweiswert eingeschränkt ist (vgl. E. 3.3 vorstehend).

3.8 Bei Zweifeln, wie sie durch den behandelnden Hausarzt geäußert wurden (E. 3.7 vorstehend), und den Zweifeln am Beweiswert, die sich darüber hinaus aus den Berichten der RAD-Ärztin selber ergeben (E. 3.5 vorstehend), kann die medizinische Situation in Bezug auf die diagnostizierte Agoraphobie und Panikstörung bzw. deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht abschliessend beurteilt werden und auf die diesbezügliche Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ nicht abgestellt werden. Die Beschwerdegegnerin hat den Sachverhalt eingehend abzuklären und ein Gutachten bei einem Facharzt der Psychiatrie in Auftrag zu geben, der sich nach einer eigenen Untersuchung hauptsächlich aus medizinischer Sicht zur zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin (einschliesslich der Entwicklung ab dem Zeitpunkt der IV-Anmeldung) zu äussern hat.

4.

Nach den vorstehenden Ausführungen erweist sich der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Die angefochtene Verfügung vom 29. Juli 2014 (AB 85) ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine psychiatrische Begutachtung der Beschwerdeführerin veranlasse und anschliessend über den Rentenanspruch neu entscheide.

Dabei bleibt zu beachten, dass unter Umständen auch das Zusprechen einer befristeten Rente in Frage kommt. Der hypothetische Rentenbeginn wäre allerdings – entgegen der in der Beschwerde vom 25. August 2014 vertretenen Auffassung (S. 6 Art. 2) – nicht im März 2011, sondern frühestens im September 2011: Unter Berücksichtigung des Beginns des Wartjahres im April 2010 (vgl. AB 1 S. 1 Ziff. 2) und der Anmeldung zum Leistungsbezug im März 2011 (AB 1) kann der hypothetische Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG erst sechs Monate später entstehen.

5.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.–, 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. 700.– ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat der obsiegenden Beschwerdeführerin die Parteikosten zu ersetzen. 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).

In der Kostennote vom 7. Oktober 2014 hat Rechtsanwalt B. _____ ein Honorar von Fr. 2'750.– sowie Auslagen von Fr. 84.80 und die Mehrwertsteuer von Fr. 226.80 geltend gemacht. Diese Beträge sind nicht zu beanstanden. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 3'061.60 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 29. Juli 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen weitere Abklärungen vornehme und hierauf neu verfüge.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.– werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.– wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'061.60 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.