

200 17 1004 IV  
FUR/SHE/SEJ/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 15. Mai 2018**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Oktober 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1983 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 30. Juni 2016 unter Hinweis auf ein psychisches Leiden bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen und sprach der Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Coachings zu (AB 38). Gestützt auf die Aktenbeurteilungen der Dres. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, beide vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 13. Februar bzw. 30. Juni 2017 (AB 33, 48) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 10. Juli 2017 (AB 50) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen die Versicherte opponierte (AB 55). Mit Verfügung vom 13. Oktober 2017 (AB 58) entschied die IVB wie im Vorbescheid angekündigt.

### **B.**

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, am 15. November 2017 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache zur erneuten Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Dezember 2017 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** Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 13. Oktober 2017 (AB 58). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der IV und in diesem Zusammenhang, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt worden ist.

**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** 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 Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der

Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 12. November 2016 (AB 25/2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere agitierte Episode (ICD-10 F33.2) bei multifaktorieller sozialer Belastung mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10 Z73.0), akzentuierte emotional-instabile Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.8) und ein ADHS (ICD-10 F90.9) ED 2008. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Migräne (ICD-10 G43), eine Hyperhidrose (ICD-10 R61.9) und ein Zustand nach Reizdarmsyndrom (ICD-10 K58.9; S. 2 Ziff. 1.1). Die Versicherte leide unter Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, schneller Erschöpfbarkeit, reduzierter Leistungsfähigkeit, Ängsten wegen beruflichem Versagen und Fehlern nicht zu genügen, Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber Mitarbeitern, bzw. einer Teamdynamik und gegenüber "Anspruchspersonen" sowie unter Einschränkungen der "Durchsetzungsfähigkeit" (S. 4 Ziff. 1.7). Sie sei eingeschränkt bzgl. des Konzentrations- und Auffassungsvermögens, der Anpassungsfähigkeit und der Belastbarkeit (S. 6). Eine Arbeitstätigkeit sei aktuell nicht ausübbar (S. 4 Ziff. 1.7). Seit dem 17. Februar 2016 bis auf weiteres bestehe als ... eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.6).

**3.1.2** Vom 29. August bis zum 15. Oktober 2016 war die Versicherte in der Klinik F. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 16. November 2016 (AB 30/2) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere agitierte Episode (ICD-10 F33.2) bei multifaktorieller sozialer Belastung mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10 Z73.0) und Zustand nach zweimaligem Suizidversuch als Jugendliche, akzentuierte emotional-instabile Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.8), ein ADHS (ICD-10 F90.9) ED 2008, eine Migräne (ICD-10 G43), eine Hyperhidrose (ICD-

10 R61.9) und ein Zustand nach Reizdarmsyndrom (ICD-10 K58.9) diagnostiziert (S. 2). Es handle sich um eine erschöpfte, in allen Qualitäten orientierte Versicherte. Eine kognitive Leistungsminderung mit reduzierter Konzentration und Merkfähigkeit liege vor. Die Gedankengänge seien flüssig, das formale Denken maniform beschleunigt, das Denkziel erreichend. Es bestehe ein Gedankenkreisen, inhaltlich eingeengt auf Zukunftsängste, eine Selbstunsicherheit, Selbstvorwürfe und Selbstzweifel. In den letzten Monaten habe ein erneuter Verlust von Selbstvertrauen mit sozialem Rückzug stattgefunden. Ein desorganisiert-dysfunktionales Coping bei sozialen Ängsten und Versagensängsten sei festgestellt worden. Die Stimmung sei teils sehr gedrückt mit Gefühlen der Sinnlosigkeit, teils gebe es Stimmungsschwankungen mit unvermittelt depressiven Einbrüchen. Psychomotorisch sei die Versicherte sehr angespannt und unruhig. Der Antrieb sei teils gehemmt, teils agitiert gesteigert. Morgens bestehe eine Antriebsminderung. Die Versicherte leide an einer ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörung. Sie sei distanziert von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten. Vom 29. August bis zum 31. Oktober 2016 bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 f.).

**3.1.3** Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom RAD führte im Bericht vom 13. Februar 2017 (AB 33) aus, ein anhaltender Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Sinne des IVG erscheine nach den ihm vorliegenden Arztberichten zunächst nicht zweifelsfrei ausgewiesen. Es lägen Hinweise auf ein möglicherweise seit der Kindheit bestehendes adultes ADHS vor, welches die Versicherte bislang nicht an beruflichen Abschlüssen und Aktivitäten gehindert habe, und dessen Symptomatik mit akzentuierten Persönlichkeitszügen und erworbenen problematischen Einstellungen und Verhaltensmustern zumindest interferiere. Die Diagnose einer genuinen, zudem rezidivierenden depressiven Störung stelle eine bislang allerdings recht inkonsistent beschriebene, anamnestisch kaum belegte und vor allem auch eine aktuell keineswegs konsequent behandelte Komorbidität dar. Dies schmälere die Plausibilität der Diagnose erheblich. Dementsprechend könne die anhaltend hohe Arbeitsunfähigkeit nur unter therapeutischen, nicht aber unter versicherungsmedizinischen Aspekten nachvollzogen und auch nicht auf einen erheblichen, anhaltenden Gesundheitsschaden zurückgeführt werden. Neben den Symptomen einer Selbst-

wertproblematik, die die Einschätzung akzentuierter Persönlichkeitszüge wahrscheinlich machen würden, seien erhebliche psychosoziale Belastungen beschrieben, wenngleich diese im Zusammenhang mit dem Auftreten der Problematik im Februar 2016 nicht erkennbar vertieft diskutiert worden seien. Dass weder eine medikamentöse Behandlung des ADHS nötig erscheine, noch eine leitliniengerechte Therapie der sog. rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33), verstärke seine (Dr. med. C.\_\_\_\_\_) Zurückhaltung, zumindest gegenüber letzterer Diagnose, noch dazu, wenn die Psychopathologie als mittelschwer eingeschätzt, die Diagnose dann aber als schwere Depression übermittelt werde. Zusammenfassend erscheinen die nachvollziehbare Selbstwertproblematik der Versicherten und die Korrektur daraus bislang resultierender eher ungünstiger Einstellungen und Verhaltensmuster in einer fokussierenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gut ange- und veränderbar. Unter einer entsprechenden Behandlung sollte es der Versicherten möglich sein, eine ihren Fähigkeiten (auch mit ADHS) und Bedürfnissen einerseits, aber auch ihren Qualifikationen und Interessen andererseits entsprechende Arbeit zu finden und annähernd voll (mind. 80%) erwerbsfähig zu sein. Es erscheine allerdings nur natürlich, dass der Versicherten hier nicht mehr alle Optionen gleichermaßen offen stünden (S. 6).

**3.1.4** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im vom involvierten Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenen Gutachten vom 22. März 2017 (AB 44.2) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3) bzw. als Differenzialdiagnose akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) und eine mittelgradige, agitierte Depression (ICD-10 F32.1; S. 5). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein ADHS (ICD-10 F90.9) und ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F73.0). Die Versicherte habe eine schwierige Jugend erlebt, sei sie doch von depressiven Krisen heimgesucht worden. Sie habe sich als Aussenseiterin gefühlt und soll auch Suizidhandlungen begangen haben. Ausbildungsmässig habe sie sich trotzdem gut entwickeln können, habe aber in beruflicher Hinsicht insgesamt einen auffälligen und unruhigen Lebenslauf gezeigt. Die Versicherte habe immer versucht, nach aussen die Fassade zu wahren. Hintergründig habe bei ihr aber oft relativ wenig funktioniert. Bis Februar 2016 habe sie

durchgehalten, dann aber in erheblichem Ausmass dekompenziert. Es hätten sich Anteile eines Erschöpfungssyndroms gezeigt. Sie sei extrem agitiert/depressiv und gefühlsmässig labil gewesen. Die Versicherte stehe in einer ambulanten psychiatrischen Therapie, erhalte Psychopharmaka und sei auch stationär behandelt worden. Bisher sei es trotzdem nicht gelungen, das insgesamt schwere psychiatrische Krankheitsbild anhaltend zu verbessern. Immerhin sei es während der Hospitalisation besser gegangen, die Versicherte sei in die gleichen Verhältnisse zurückgekehrt. Bei der Untersuchung am 17. März 2017 habe sie sich besonders zu Beginn agitiert, emotional und innerlich stark gespannt gezeigt. Mit der Zeit habe sie sich etwas beruhigt, wobei es bis zum Schluss relativ schwierig gewesen sei, mit ihr ein geordnetes Gespräch zu führen, da sie in einem unheimlichen Tempo gesprochen habe (S. 6). Grundsätzlich müsse festgehalten werden, dass sie relativ schwer diagnostizierbar sei, da bei ihr vor allem die Agitation, eine Sprunghaftigkeit, eine Hoffnungslosigkeit aber auch depressive Phasen im Vordergrund stünden. Die mittelgradige depressive Episode, wie sie der behandelnde Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 12. November 2016 (AB 25) formulierte, könne nachvollzogen werden. Das Erschöpfungssyndrom sei gebessert. Die Versicherte zeige Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung. Insgesamt sei die Diagnose zutreffend (AB 44.2 S. 7 Ziff. 2). Die ausserhäusliche Erwerbsfähigkeit sei immer noch deutlich eingeschränkt, was sich aus den beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten ergebe. Die Versicherte sei ab dem 1. April 2017 zu 20-30% arbeitsfähig (S. 6).

**3.1.5** Die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_\_ führte in der Aktenbeurteilung vom 30. Juni 2017 (AB 48) aus, in Übereinstimmung mit dem RAD-Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 13. Februar 2017 (AB 33) sei bei der Versicherten kein Gesundheitsschaden objektiv ausgewiesen. Sie zeige Merkmale einer emotional-instabilen/histrionischen Persönlichkeit sowohl mit einem Aufmerksamkeit und Anerkennung suchenden Verhalten als auch kritische Bewältigungsstrategien in Leistungssituationen mit der Tendenz zu hoher Verausgabebereitschaft und Perfektionsstreben. Unter ausschliesslicher Berücksichtigung der Aktenlage seien weder die ICD-10 Diagnosekriterien einer leistungsrelevanten depressiven Episode noch die einer rezidivierenden depressiven Störung oder die eines leistungsrelevan-

ten ADHS objektiv ausgewiesen. Die Dauer und die Höhe der attestierten Arbeitsunfähigkeit seien somit medizinisch nicht objektiv nachvollziehbar begründet. Unter Berücksichtigung der aktenkundigen Befunde sei die Versicherte fähig, Arbeiten leichter und mittlerer körperlicher Schwere und gelegentlich körperlich schwere Arbeiten, entsprechend ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten, mit den betriebsüblichen Pausen, bis zu einem 100%-Pensum zu verrichten. Es lägen keine Hinweise auf eine Einschränkung der Wegefähigkeit vor. Ab sofort könne von einer Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegangen werden (AB 48 S. 6 f.).

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Nach der Rechtsprechung ist es zulässig, im Wesentlichen oder einzig auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, wozu namentlich auf eigenen Untersuchungen beruhende RAD-Berichte nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) gehören, abzustellen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdi-

gung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellung ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 122 V 157 E. 1d S. 162; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 27. September 2016, 8C\_452/2016, E. 3 mit Hinweisen, in: SVR 2017 IV Nr. 13 S. 31 E. 3).

Wenn es im Wesentlichen um einen feststehenden medizinischen Sachverhalt geht, bei dem die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt, ist eine Aktenbeurteilung grundsätzlich ausreichend (Entscheid des BGer vom 25. März 2011, 9C\_58/2011, E. 2.2 mit Hinweis). Eine persönliche Untersuchung ist jedoch in der Regel geboten, wenn eine psychiatrische Beurteilung im Raum steht, welche nur ausnahmsweise in Form eines reinen Aktengutachtens erfolgen soll, sondern ein ausführlich dokumentierter Befund (Entscheid des BGer vom 4. September 2013, 9C\_164/2013, E. 3.2.3).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der Verfügung vom 13. Oktober 2017 (AB 58) hauptsächlich auf die RAD-Aktenberichte der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ vom 13. Februar bzw. 30. Juni 2017 (AB 33, 48) gestützt.

In seinem Bericht von 13. Februar 2017 (AB 33) führte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ aus, eine depressive Störung sei bislang recht inkonsistent beschrieben worden und anamnestisch kaum belegt (S. 6). Auch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ sprach sich gegen das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung aus und verweist unter anderem auf das Fehlen einer Einförmigkeit in Stimmung und Affekt sowie das vorhandene/erhaltene Interesse der Beschwerdeführerin an der eigenen Zukunft (AB 48 S. 6). Beide RAD-Ärzte verneinen das Vorliegen einer depressiven Störung nach ICD-10 Diagnosekriterien. Einigkeit besteht auch darin, dass ein anhaltender Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht objektiv ausgewiesen und der Beschwerdeführerin ein Arbeitspensum von mindestens 80% bzw. bis 100% zumutbar sei (AB 33 S. 6, AB 48 S. 7).

Demgegenüber beschrieb Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin als extrem agitiert/depressiv (AB 44.2 S. 6) und empfahl den Eintritt in eine

Tagesklinik, da sie momentan kaum fähig sei, ein geregeltes Leben zu führen (S. 7 Ziff. 5). Eine Arbeitsfähigkeit sei ab dem 1. April 2017 zu ca. 20-30% zumutbar (S. 6). Auch der Austrittsbericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ berichtet von unvermittelt depressiven Einbrüchen (AB 30 S. 4) und unzureichender beruflicher Belastbarkeit (S. 7). Schlussendlich beschrieb Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine seit vielen Jahren bestehende Depression, die teils mit Suizidgedanken einher ginge (AB 25/2 S. 3 Ziff. 1.4), weshalb eine Arbeitstätigkeit aktuell nicht ausübbar sei (S. 4 Ziff. 1.7). Unter den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, welche die Beschwerdeführerin selbst untersucht haben, ist unbestritten, dass vorliegend eine rezidivierende depressive Störung zu diagnostizieren sei (AB 25/2 S. 2 Ziff. 1.1; AB 30 S. 2; AB 44.2 S. 5).

Eine von einem Facharzt gestellte Diagnose oder deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit kann in der Regel nicht bloss gestützt auf eine reine (Akten-)Beurteilung des entsprechenden Berichts durch den RAD-Arzt verworfen werden. Die divergierenden fachärztlichen Stellungnahmen lassen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen des RAD aufkommen (E. 3.2) und machen deutlich, dass Bedarf an weiteren Abklärungen besteht und gerade kein im Wesentlichen feststehender medizinischer Sachverhalt vorliegt, der eine reine Aktenbeurteilung zulassen würde (vgl. BGer 9C\_58/2011, E. 2.2).

Zusammenfassend sind die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen für eine reine Aktenbeurteilung nicht erfüllt, weshalb nicht auf die Beurteilung der beiden RAD-Ärzte Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und C. \_\_\_\_\_ abgestellt werden kann.

**3.4** Obwohl Dr. med. G. \_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin selber untersucht hat, kann auf dessen Gutachten vom 22. März 2017 (AB 44.2) ebenfalls nicht abgestellt werden, da es keine Angaben zur Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit macht (S. 8 Ziff. 7 und 8). Auch der Arztbericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und der Austrittsbericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ sind vorliegend nicht massgebend, da sie ausdrücklich keine Auskunft über die künftige Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin geben (AB 25/2 S. 4 Ziff. 1.9 bzw. AB 30/2 S. 3) und eine Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte ohnehin kaum je

in Frage kommt (statt vieler Entscheid des BGer vom 19. Juli 2010, 8C\_222/2010, E. 4.2.2 mit Hinweis auf BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470).

**3.5** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt divergierende fachärztliche Stellungnahmen vorliegen, die geeignet sind, zumindest geringe Zweifel an den Schlussfolgerungen der RAD-Ärzte zu begründen (vgl. E. 3.3 hiervor). Bei dieser Ausgangslage erweist sich der medizinische Sachverhalt als nicht rechtsgenügend abgeklärt. Die Sache ist daher zur Vornahme weiterer Abklärungen - namentlich zur Einholung eines psychiatrischen Gutachtens - an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**3.6** In Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 13. Oktober 2017 (AB 58) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.

#### **4.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin 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).

Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ macht mit Kostennote vom 9. Februar 2018 ein Honorar von Fr. 1'540.-- (6.16 Std. à Fr. 250.--) zuzüglich Mehrwertsteuer von Fr. 123.20 (8% von Fr. 1'540.--), total Fr. 1'663.20, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Die Parteientschädigung wird demnach für das vorliegende Verfahren auf Fr. 1'663.20 (inkl. MWSt.) festgesetzt; 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 13. Oktober 2017 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. 1'663.20 (inkl. MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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