

200 19 402 IV
SCP/PES/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. Oktober 2019

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. April 2019



Sachverhalt:

A.

Im April 2018 meldete sich die 1987 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) infolge psychischer Erkrankung bei der Invalidenversicherung für eine berufliche Integration/Rente an (Antwortbeilage [AB] 1). Nach ersten Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht (AB 10, 12, 15, 17 f., 20.1 ff.) übernahm die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) zur Ermöglichung eines niederschweligen Wiedereinstiegs der Versicherten in den Arbeitsprozess mit Mitteilung vom 20. Juli 2018 als Frühinterventionsmassnahme die Kosten für ein Arbeitsangebot der C._____ für die Zeit vom 13. August bis 16. November 2018 (AB 25 i.V.m. AB 23 f.) sowie mit Mitteilung vom 26. Oktober 2018 die Kosten für ein Belastbarkeitstraining vom 19. November 2018 bis 28. Februar 2019 (AB 35).

Nach Rücksprache mit dem RAD, Dr. med. D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (siehe ärztlicher Bericht vom 14. Dezember 2018; AB 44 S. 5 ff.) forderte die IV-Stelle von den psychiatrischen Diensten der Spitäler E._____ AG die Abklärungsberichte bezüglich der ADHS-Diagnose (AB 45) sowie von der Spital F._____ AG eine Kopie des Berichts zum Eintrittsgespräch vom 7. März 2018 und den Abklärungsbericht zur diagnostizierten Persönlichkeitsstörung ein (AB 46).

Die Spital F._____ AG reichte hierauf den bereits bekannten Austrittsbericht vom 10. September 2018 sowie den einverlangten Aufnahmebericht vom 7. März 2018 ein. Einen separaten Abklärungsbericht zur diagnostizierten Persönlichkeitsstörung blieb sie schuldig (AB 48; vgl. AB 29). Gleiches gilt in Bezug auf die Spitäler E._____ AG. Auch diese reichten anstelle von Abklärungsberichten bezüglich der ADHS-Diagnose lediglich den bereits aktenkundigen Austrittsbericht vom 18. Dezember 2017 ein (AB 50; vgl. AB 17).

Am 18. Januar 2019 fanden im Auftrag der IV-Stelle eine Blutuntersuchung und am 1. Februar 2019 ein Drogenscreening statt (AB 54, 57).

Am 11. Februar 2019 erteilte die IV-Stelle der Versicherten Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining vom 4. März bis 2. Juni 2019 in der L. _____ (AB 62).

Mit ärztlichem Bericht vom 14. Februar 2019 hielt Dr. med. D. _____ vom RAD im Rahmen einer erneuten Aktenbeurteilung fest, die seit 2012 attestierten psychiatrischen Diagnosen (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode [ICD-10: F33.1], ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung [ICD-10: F60.6], ADS des unaufmerksamen Typus [ICD-10: F90.0], Störungen durch Benzodiazepine, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinert [ICD-10: F13.20]) seien mangels dokumentierter objektiver Befunde nicht gesichert und erschienen aufgrund der Akten nicht plausibel. Es lägen keine Befunde vor, die eine quantitative und/oder qualitative Leistungseinschränkung im psychiatrischen und/oder somatischen Formenkreis objektiv begründen könnten. Es sei davon auszugehen, dass spätestens seit Januar 2019 keine medizinisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorliege (AB 64).

Hierauf stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 1. März 2019 die Abweisung ihres Leistungsbegehrens auf IV-Leistungen in Aussicht (AB 66).

Am 22. März 2019 (Datum der Postaufgabe) erhob die Versicherte hiergegen Einwand. Zudem reichten Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. H. _____, eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin, eine Stellungnahme vom 25. März 2019 zum Vorbescheid ein (AB 74).

Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD vom 2. April 2019 (AB 76) zum erhobenen Einwand und zum Schreiben der Praxisgemeinschaft für Psychotherapie vom 25. März 2019 verfügte die IV-Stelle am 8. April 2019 ihrem Vorbescheid entsprechend die Abweisung des Leistungsbegehrens. Es bestehe kein Anspruch auf IV-Leistungen (AB 77).

B.

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 23. Mai 2019 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Versicherungsleistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Akten seien zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 21. Juni 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen.

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 Angefochten ist die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 8. April 2019 (AB 77). Streitig und zu prüfen ist ein Anspruch der Versicherten auf IV-Leistungen und dabei insbesondere, ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 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

gung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). 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 strukturierten 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).

2.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429).

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).

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).

Aktengutachten sind nach der Praxis nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

2.5 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 (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Be-

weiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.

3.1 Den medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Gemäss Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste der Spitäler E._____ AG vom 18. Dezember 2017 (Behandlung vom 14. August 2012 bis 18. Dezember 2017) liegen bei der Beschwerdeführerin eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter, vorwiegend vom unaufmerksamen Typ (ICD-10: F90.0), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.10) sowie ein Status nach vorübergehender psychotischer Störung 2012 vor. Im Behandlungsverlauf hätten sich in den diagnostischen Abklärungen ein ADHS im Erwachsenenalter, vorwiegend vom unaufmerksamen Typ, und eine rezidivierende depressive Störung bestätigt. Eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis habe sich nicht bestätigt (AB 17 = AB 50 S. 2 f.).

3.1.2 Im Aufnahmebericht vom 7. März 2018 zur ambulant-psychiatrischen Beurteilung und Behandlung der Beschwerdeführerin durch die psychiatrischen Dienste der Spital F._____ AG (AB 48 S. 5 ff.) sind als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwer ausgeprägt ohne psychotische Symptome und ohne Suizidalität (ICD-10: F32.1), ein ADHS (ICD-10: F90.0) sowie eine Benzodiazep-

pineabhängigkeit bei Rivotril-Einnahme seit 2015 (ICD-10: F13.2) aufgeführt. Aktuell gelinge es der Beschwerdeführerin nicht, ihre Wohnung regelmässig zu verlassen, eine normale Tagesstruktur aufrechtzuerhalten und soziale Kontakte einzugehen. In der Folge sei eine Anmeldung für die Tagesklinik vereinbart worden. Die Beschwerdeführerin sei zurzeit nicht arbeitsfähig (AB 48 S. 6).

3.1.3 Gemäss Bericht der Spital F. _____ AG vom 13. Juni 2018 (AB 43.3 S. 2 ff.) besuchte die Beschwerdeführerin in der Folge seit dem 10. April 2018 jeweils von Montag bis Freitag zuverlässig, regelmässig und motiviert die Klinik I. _____. Sie habe sich gut auf die Behandlung einlassen können. Gegenwärtig liefen der Entzug von Rivotril, diagnostische Abklärungen sowie die Organisation der weiterführenden Struktur nach der Tagesklinik. Gegenwärtig sei keine Arbeitsaufnahme möglich. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F32.1), bestehend seit mehreren Jahren, ein ADS (ICD-10: F90.0), bestehend seit Kindheit, Störungen durch Benzodiazepine, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Entzug von Rivotril (ICD-10: F13.21, F13.30), bestehend seit 2015, iatrogen erzeugt, sowie bei noch laufender Abklärung der Verdacht auf eine Persönlichkeitsakzentuierung gegeben (AB 43.3 S. 2 f.).

3.1.4 Laut Austrittsbericht der Spital F. _____ AG vom 10. September 2018 war die Beschwerdeführerin zu Beginn der Behandlung mittelgradig bis schwer depressiv (gedrückte Stimmung, reduzierter Antrieb, Konzentrationsstörungen, Grübeln, fehlende Zukunftsperspektive, erhöhte Ermüdbarkeit, Insuffizienzgefühle, starke Ängste; AB 29 S. 2 = AB 48 S. 2). Da die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung alleine das klinische Bild nicht habe vollständig erklären können, sei in Anwesenheit des stellvertretenden Chefarztes Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine weitergehende Abklärung erfolgt. Unter Berücksichtigung der Anamnese und insbesondere des klinischen Eindrucks sei die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung ausgemacht worden. Unter Druck und Stress hätten sich deutlich paranoide/psychosenahe Symptome gezeigt und es sei zu vermuten, dass die Angst zur Abwehr eines psychotischen Zusammenbruchs diene (AB 29

S. 3 = AB 48 S. 3). Diagnostisch lägen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6), Störungen durch Benzodiazepine, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F13.20; der Entzug von Rivotril mit letzter Einnahme am 6. Juni 2018 sei in der Tagesklinik erfolgt), aktenanamnestisch ein ADS (unaufmerksamer Typus; ICD-10: F90.0) sowie ein Status nach vorübergehender psychotischer Störung 2012 und wahrscheinlich auch 2017 vor (AB 29 S. 2 = AB 48 S. 2).

3.1.5 Gemäss dem Verlaufsbericht zur Behandlung der Beschwerdeführerin seit dem 11. August 2018 in der Praxisgemeinschaft für Psychotherapie von Dr. med. G._____ und lic. phil. H._____ vom 6. November 2018 war der Gesundheitszustand seit Behandlungsbeginn stationär. Diagnostisch hätten sich keine Änderungen ergeben. Es lägen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6), ein ADS des unaufmerksamen Typus (ICD-10: F90.0), Störungen durch Benzodiazepine, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent seit Juni 2018 (ICD-10: F13.20) sowie ein Status nach vorübergehender psychotischer Störung 2012, wahrscheinlich auch 2017, vor (AB 37 S. 1). Die Beschwerdeführerin leide an ausgeprägten Insuffizienzgefühlen. Sie gerate bereits bei leichten Anforderungen in Angstzustände, welche sie so stark blockierten, dass vernünftiges Denken in solchen Situationen nicht mehr möglich sei. Die Konzentrationsschwäche, die rasche Ermüdbarkeit und der verminderte Antrieb verhinderten ein über längere Zeit fokussiertes Arbeiten. Die Prognose sei unklar. Aktuell sei die Beschwerdeführerin für den ersten Arbeitsmarkt zu 100% arbeitsunfähig. Neben einer medikamentösen Therapie erfolgten wöchentliche psychotherapeutische Sitzungen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ausrichtung sowie zweimal pro Woche eine Gruppentherapie in den Psychiatrischen Diensten K._____ (AB 37 S. 2 f.).

3.1.6 Mit ärztlichem Bericht vom 14. Dezember 2018 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ fest, laut Akten sei bei der Beschwerdeführerin die Diagnose eines ADS des unaufmerksamen Typus (ICD-10: F90.0)

durch eine diagnostische Abklärung bestätigt worden. In den Akten fehlten jedoch die entsprechenden objektiven Abklärungsbefunde sowie die erforderlichen anamnestischen Angaben. Weiter sei laut Akten durch Abklärungen die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6) gestellt worden. Entsprechende objektive Abklärungsbefunde seien jedoch nicht dokumentiert. Zum jetzigen Zeitpunkt gebe es keine hinreichenden Hinweise, um die Diagnosen eines ADS des unaufmerksamen Typus und das Vorliegen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung zu bestätigen. Entsprechende zusätzliche Unterlagen müssten angefordert werden (AB 44 S. 9). Gemäss Aktenlage habe bei Eintritt in die Klinik I. _____ am 10. April 2018 eine den ICD-10-Kriterien entsprechende mittelgradige Episode vorgelegen. Es lägen jedoch keine objektiven Hinweise für eine rezidivierende depressive Störung vor (AB 44 S. 10). Bei Austritt im August 2018 sei eine deutliche Stabilisierung und nahezu vollständige Remission attestiert worden. Von der ab Mitte August 2018 behandelnden Psychologin lägen keine Verlaufsangaben vor, welche eine erneute Verschlechterung des Gesundheitszustands begründen würden, sodass ab August 2018 zumindest von einer Teilzeitarbeitsfähigkeit von 50% ausgegangen werden könne (AB 44 S. 12). Zudem sei die Abstinenz bei bekanntem missbräuchlichem Benzodiazepinekonsum nicht gesichert. Es sei bei fehlenden Urinproben seit Juli 2018 unklar, ob ein allfälliger Benzodiazepinekonsum weiterbestehe und ob ein Einfluss auf das psychische Befinden der Beschwerdeführerin vorliege. Entsprechend empfehle sich die Einbestellung der Beschwerdeführerin zur einmaligen Laboruntersuchung (AB 44 S. 12 f.).

3.1.7 Ohne den zwischenzeitlich neu eingelangten Aufnahmebericht vom 7. März 2018 zur ambulant-psychiatrischen Beurteilung und Behandlung der Beschwerdeführerin durch die psychiatrischen Dienste der Spital F. _____ AG (AB 48 S. 5 ff.; vgl. E. 3.1.2 hiervor) zu würdigen, hielt die RAD-Ärztin nach Ausbleiben des eingeforderten Abklärungsberichts zur diagnostizierten Persönlichkeitsstörung sowie der eingeforderten Abklärungsberichte bezüglich der ADHS-Diagnose (vgl. AB 45 f.) mit ärztlichem Bericht vom 14. Februar 2019 fest, die seit 2012 attestierten psychiatrischen Diagnosen (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode [ICD-10: F33.1], ängstlich-vermeidende Persönlich-

keitsstörung [ICD-10: F60.6], ADS des unaufmerksamen Typus [ICD-10: F90.0], Störungen durch Benzodiazepine, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent [ICD-10: F13.20]) seien mangels dokumentierter objektiver Befunde nicht gesichert und erschienen aufgrund der Akten nicht plausibel. Es lägen keine Befunde vor, die eine quantitative und/oder qualitative Leistungseinschränkung im psychiatrischen und/oder somatischen Formenkreis objektiv begründen könnten. Es sei davon auszugehen, dass spätestens seit Januar 2019 keine medizinisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorliege. Die Beschwerdeführerin werde für fähig erachtet, Arbeiten unterschiedlicher körperlicher Schwere entsprechend ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten bis zu einem 100%-Pensum zu verrichten (AB 64).

3.1.8 Mit Stellungnahme vom 25. März 2019 zum Vorbescheid machten Dr. med. G. _____ und lic. phil. H. _____ von der Praxisgemeinschaft für Psychotherapie geltend, anders als vom RAD beurteilt, seien die bei der Beschwerdeführerin gestellten Diagnosen von ihnen sehr wohl objektiviert worden, und zwar in Bezug auf die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, durch eine sorgfältige Erhebung der Anamnese und des Psychostatus, durch Konsultation der vorbestehenden Berichte, durch eine regelmässige Erhebung des Psychostatus sowie durch klinische Beobachtung, in Bezug auf die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung durch sorgfältige Erhebung der Entwicklung der Beschwerdeführerin, durch Konsultation der vorbestehenden Berichte, durch Gespräche mit dem Partner der Beschwerdeführerin und dem Coach, der diese von Seiten der C. _____ im Rahmen der Frühinterventionsmassnahmen begleitete, sowie durch klinische Beobachtung und in Bezug auf die Störungen durch Benzodiazepine, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent seit Juni 2018, durch sorgfältige Erhebung der Anamnese und Konsultation des Berichts der Klinik I. _____; die Abstinenz sei schliesslich auch durch das von der IV-Stelle angeordnete Drogenscreening vom Februar 2019 bestätigt worden. Die Diagnose „ADS des unaufmerksamen Typus“ schliesslich werde durch die Abklärung der psychiatrischen Diensten der Spitäler E. _____ AG objektiviert. Die Zusatzdiagnose „Status nach vorübergehender psychotischer Störung 2012, wahrscheinlich auch 2017“ sei demgegenüber fremdanamnestisch gestellt worden und könne durch sie nicht objektiviert werden. Aufgrund der von

ihnen gestellten Diagnosen beurteilten sie die Beschwerdeführerin als zu 100% arbeitsunfähig auf dem ersten Arbeitsmarkt (AB 74 S. 2).

3.1.9 In ihrer Stellungnahme vom 2. April 2019 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ hierauf fest, im Schreiben der Praxismgemeinschaft für Psychotherapie vom 25. März 2019 würden keine neuen medizinischen Fakten vorgebracht. Es würden lediglich Diagnosen aufgelistet, welche aktenkundig seien und bereits in den RAD-Stellungnahmen vom 14. Dezember 2018 und 14. Februar 2019 gewürdigt worden seien. Die attestierten Diagnosen seien nicht gemäss Kriterien der ICD-10-Klassifikation gesichert; neue Befunde würden nicht vorgelegt und die von der IV-Stelle veranlasste Laboranalyse spreche gegen eine leistungsrelevante Funktions-/Fähigkeitsstörung im psychiatrischen und/oder somatischen Fachgebiet. Es lägen keine Hinweise auf eine metabolische Störung, keine Hinweise auf eine Fehl- oder Mangelernährung sowie keine Hinweise auf eine akute und/oder chronische Stressreaktion vor. Die Beschwerdeführerin werde deshalb für fähig erachtet, Arbeiten unterschiedlicher körperlicher Schwere entsprechend ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten bis zu einem 100%-Pensum zu verrichten (AB 76 S. 6 f.).

3.2 Umstritten ist unter den Parteien, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich an den bei ihr von den behandelnden Ärzten als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten psychischen Störungen, insbesondere an einer Persönlichkeitsstörung, leidet, welche sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6) ist erstmals im Austrittsbericht der Spital F. _____ AG vom 10. September 2018 (AB 29 S. 2 = AB 48 S. 2; vgl. E. 3.1.4 hiervor) gestellt worden, nachdem im Bericht vom 13. Juni 2018 (AB 43.3 S. 2; vgl. E. 3.1.3 hiervor) bei noch laufenden Abklärungen ein Verdacht auf eine Persönlichkeitsakzentuierung geäussert worden war. Die Diagnose soll unter Berücksichtigung der Anamnese und insbesondere des klinischen Eindrucks gestellt worden sein (AB 29 S. 3 = AB 48 S. 3; vgl. E. 3.1.4 hiervor). Über die entsprechenden Erhebungen gibt der Bericht selber nicht Auskunft. Gleiches gilt im Wesentlichen in Bezug auf die übrigen gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.1 hiervor). Folgerichtig hielt Dr. med. D. _____ vom RAD im Bericht vom 14. Dezember 2018 (AB 44 S. 5 ff.;

vgl. E. 3.1.6 hiervor) fest, es fehlten sowohl zur Diagnose eines ADS im Erwachsenenalter als auch zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung die entsprechenden objektiven Abklärungsbefunde, weshalb zur Überprüfung der gestellten Diagnosen zusätzliche Unterlagen angefordert werden müssten (AB 44 S. 9 und 12 f.; vgl. E. 3.1.6 hiervor). In der Folge forderte die Beschwerdegegnerin zwar bei den behandelnden Ärzten die entsprechenden Abklärungsberichte an (AB 45 f.), doch gingen diese bei der IV-Stelle daraufhin nicht ein (vgl. AB 48, insbesondere S. 1 und AB 50).

3.3 Wie die RAD-Ärztin zu Recht festgehalten hat, geben die Akten vorliegend kein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status und es fehlt an einem lückenlosen Untersuchungsbefund. Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit als ungenügend abgeklärt. Wenn die RAD-Ärztin in ihrem Bericht vom 14. Februar 2019 festhält, dass eine fachärztlich einwandfrei nachvollziehbare Diagnose immer noch nicht vorliege, weshalb die gestellten Diagnosen nicht bestätigt werden könnten (AB 64 S. 3; vgl. E. 3.1.7 hiervor), trifft dies zu. Daraus kann nun jedoch nicht direkt auf eine Leistungsablehnung geschlossen werden. Es fehlt die Basis für eine verwertbare Aktenbeurteilung (vgl. E. 2.4 hiervor). Aus dem Umstand, dass die behandelnden Ärzte der Beschwerdegegnerin bloss weitere und bereits bisherige Berichte statt die Behandlungs- und Abklärungsunterlagen eingereicht haben, kann – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – nicht auf ein Nichtvorhandensein der von den behandelnden Ärzten diagnostizierten psychischen Störungen, insbesondere eines ADS und einer Persönlichkeitsstörung, geschlossen werden. Die Beschwerdegegnerin hätte diesbezüglich weitere Abklärungen tätigen müssen. Umso mehr, als der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang keine Verletzung ihrer Mitwirkungspflicht vorgeworfen werden kann. Indem die Beschwerdegegnerin keine weiteren Abklärungen getätigt hat, hat sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt (vgl. E. 2.3 hiervor). Die angefochtene Verfügung ist deshalb in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, in einem ersten Schritt die Akten durch Edition der vollständigen Behandlungs- und Abklärungsunterlagen der die Beschwerdeführerin seit 2012 behandelnden Ärzte (vgl. dazu bereits AB 44 S. 13) sowie des Personaldossier des Lehrbetriebs, in welchem sie nach erfolgreichem Ausbildungsabschluss noch zwei Jahre gearbeitet

hat, zu vervollständigen. Alsdann wird sie in einem weiteren Schritt ein externes psychiatrischen Gutachten in Auftrag zu geben haben. Sollte das Gutachten die von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung getroffene Annahme bestätigen, wonach seit Januar 2019 keine medizinisch (oder rechtlich) begründbare Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit mehr vorliegt, hätte sie bei Ablauf der sechsmonatigen Karenzzeit nach Art. 29 Abs. 1 IVG im Oktober 2018 zumindest über einen befristeten Rentenanspruch zu entscheiden.

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.

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 Beschwerdeführerin 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. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Rechtsanwalt B. _____ macht in seiner Kostennote vom 22. Juli 2019 ein Honorar von Fr. 3'600.-- zuzüglich Fr. 133.60 Auslagen und 7.7% MWSt., somit total Fr. 4'021.10 geltend. Mit Blick auf andere, bezüglich des objektiv gebotenen Prozessaufwands (in concreto einfache Aktenlage und einmaliger Schriftenwechsel), der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses vergleichbare Verfahren und die dafür vom angerufenen Gericht zugesprochenen Anwaltsgebühren erscheint der gel-

tend gemachte Honoraraufwand von Fr. 3'600.-- als zu hoch. Das Honorar wird deshalb entsprechend dem gebotenen Aufwand ermessensweise auf Fr. 3'000.-- festgesetzt, woraus unter Aufrechnung der Auslagen von Fr. 133.60 und der Mehrwertsteuer von Fr. 241.30 eine Parteientschädigung von Fr. 3'374.90 resultiert. 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 8. April 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'374.90 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ vom 22. Juli 2019)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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