

200 19 621 IV  
KOJ/ZID/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. März 2020**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Zimmermann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Juli 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1997 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Dezember 2018 unter Hinweis auf eine Myalgische Enzephalomyelitis/ein Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) sowie ein mögliches Fibromyalgiesyndrom (FMS) bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen holte die IVB insbesondere die Akten des parallel dazu laufenden Verfahrens der Militärversicherung (MV; mitsamt der Beurteilung des MV-Psychiaters Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. Februar 2019 [AB 17.2]; vgl. ferner dessen Beurteilungen vom 23. Mai 2019 [AB 31/14 ff.] und 5. Juni 2019 [AB 31/12 f.], die Verfügung der MV vom 12. Juli 2019 [AB 28] sowie die Einsprache dagegen [AB 31/3 ff.]) ein. Mit Vorbescheid vom 7. Mai 2019 stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht (AB 19). Auf Einwand des Versicherten hin (AB 23, 25) und nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 29) verfügte die IVB am 23. Juli 2019 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (AB 30).

### **B.**

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 20. August 2019 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihm ab dem 1. Dezember 2018 die gesetzlichen Leistungen nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zu erbringen, eventualiter sei zur Beurteilung seines Leistungsanspruchs ein gerichtliches polydisziplinäres Gutachten (Fachrichtungen: Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie) einzuholen und gestützt darauf sei neu über den Leistungsanspruch zu entscheiden, subeventualiter sei die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (Fachrichtungen: Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie) und zu

neuem Entscheid zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 19. September 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Stellungnahmen vom 22. Oktober und 11. November 2019 hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG). 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 23. Juli 2019 (AB 30). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung (IV) und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

**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 ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Ent-

scheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). 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; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

**2.3** Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). 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).

**2.3.1** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche

und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaublich wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

**2.3.2** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestell-

ten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**2.4** 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).

**2.5** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung 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).

**2.5.1** 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).

**2.5.2** 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). Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (RKUV 2001 KV 189 S. 492 E. 5b).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings 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 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).

**2.5.3** Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juli 2011, 8C\_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, 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; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

### **3.**

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1** Im Rahmen der konsiliarischen, aufgrund multipler somatischer Beschwerden veranlassten Beurteilung des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 26. Juli 2018 wurden die Diagnosen (1.) eines CFS (Ätiologie: chronischer Stress bei hohen Leistungsansprüchen/-anforderungen), (2.) unklarer abdomineller, am ehesten funktioneller Beschwerden (unauffällige Befunde der Endoskopien), (3.) unklarer Palpitationen (unauffälliges Ruhe-EKG und Röntgenbild), (4.) unklarer, am ehesten im Rahmen einer Somatisierungsstörung auftretender Gliederschmerzen (normwertiges ANA), (5.) eines Cannabis- und Nikotin-Abhängigkeitssyndroms sowie (6.) des Verdachts auf eine arterielle Hypertonie gestellt (AB 17.3/31 f.). Anamnestisch habe

der Beschwerdeführer über abdominelle Beschwerden mit krampf- und stichartigen Schmerzen seit ca. dem 11. Lebensjahr, über eine allgemeine Schwäche und Tagesmüdigkeit, ferner über Episoden von Herzrasen und Ohnmachtsgefühl mit mehrfachen Präsynkopen sowie über Muskelschmerzen berichtet. Er könne jedoch trotz ausgeprägtem Überforderungsgefühl vollzeitig ... leisten (AB 17.3/32 oben). Empfohlen wurde eine ganzheitliche psychosomatische Abklärung und Behandlung im stationären Rahmen (AB 17.3/32 unten).

**3.2** Im Rahmen einer parallel dazu durchgeführten ambulanten psychosomatischen Untersuchung des Spitals D. \_\_\_\_\_ wurde ein funktionelles somatisches Syndrom diagnostiziert (Bericht vom 31. Juli 2018; AB 17.3/28). Anamnestisch habe der Beschwerdeführer auf seit ca. der 5. Klasse bestehende chronische Bauchschmerzen hingewiesen, in welchem Zusammenhang er immer wieder Suizidgedanken geäussert habe und deshalb psychiatrisch behandelt worden sei (vgl. AB 17.3/7 f.). Die Abdominalbeschwerden seien nie vollständig verschwunden. Die ... habe er körperlich "am Limit" absolviert. Seit rund einem Jahr leide er zusätzlich unter diffusen, wechselnd lokalisierten und unterschiedlich ausgeprägten Gliederschmerzen. In den letzten Monaten verspüre er zusätzlich ein Brennen in den Muskeln. Die Beschwerden seien ausgeprägt nach körperlicher Anstrengung und es brauche eine längere Erholungszeit; ausserdem sei der Schlaf schlecht. Eine gewisse Linderung seiner Beschwerden erfahre er nach dem Konsum von Cannabis. Den ... habe er nur unter grosser Anstrengung und unter chronischen Beschwerden leisten können (AB 17.3/28 f.). Aufgrund dieser Anamnese erachtete der untersuchende Arzt die klinischen Kriterien für ein CFS als erfüllt und er ging davon aus, dass dieses schon in der Kindheit symptomatisch geworden sei, sich in den letzten Monaten jedoch zunehmend ausgeprägt manifestiere. Die Ursachen für diesen Symptomenkomplex mit funktionellen Störungen verschiedener Organsysteme seien multipel, schienen jedoch mit chronischen Stressoren im Zusammenhang zu stehen. Eine intensiverte, stationäre psychosomatische Behandlung schein indiziert (AB 17.3/29 unten).

**3.3** Anlässlich der empfohlenen stationären Behandlung (vgl. E. 3.1 f. hiavor) in der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ AG vom 31. August bis 18. Oktober

2018 wurden (1.) psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent in beschützender Umgebung; ICD-10 F12.21), (2.) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73), (3.) der Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie (4.) der Verdacht auf eine Allergie gegen Penicillin diagnostiziert (Austrittsbericht vom 22. Oktober 2018; AB 3/1). Anamnestisch sei es nach anfänglich guten schulischen Leistungen ab ca. der 5. Klasse bzw. dem 10. Lebensjahr zunehmend zu psychischen (dannzumal mit suizidalen Gedanken, weshalb er ca. drei Tage lang in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik hospitalisiert worden sei; vgl. AB 17.3/7 f.) und physischen (vor allem chronische Magenschmerzen und Verdauungsbeschwerden) Beschwerden gekommen. Seit ca. 4.5 Monaten verspüre der Beschwerdeführer zudem Gelenkschmerzen sowie diffuse Muskelschmerzen. Nach körperlicher Anstrengung brauche er eine verlängerte Erholungszeit bei ausgeprägten Schmerzen. Eine Schmerzlinderung verspüre er nach dem Konsum von Cannabis (AB 3/2). Anlässlich der stationären Behandlung sei es zu einer deutlichen körperlichen und psychischen Stabilisierung gekommen (AB 3/6 Mitte). Ab Klinikaustritt wurde dem Beschwerdeführer eine hälftige Arbeitsunfähigkeit attestiert, wobei empfohlen wurde, innert vier Monaten sukzessive eine volle Arbeitsfähigkeit zu erreichen (AB 3/7 Mitte).

**3.4** Gemäss ärztlichem Attest des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 30. Januar 2019 war der Beschwerdeführer vom 17. Dezember 2018 bis 31. Januar 2019 voll arbeitsunfähig (AB 17.3/2).

**3.5** Im Auftrag der MV untersuchte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ den Beschwerdeführer am 18. Februar 2019 in psychiatrischer Hinsicht. Im entsprechenden Bericht vom 26. Februar 2019 diagnostizierte er ein CFS, einen ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn, überwiegend wahrscheinlich Schonverhalten, Selbstlimitierung und Rückzug in Krankenrolle, eine Persönlichkeitsstruktur mit asthenischen und histrionischen Zügen sowie einen Status nach Cannabis-Abhängigkeit (bis rund August 2018; AB 17.2/23 Mitte). Es bestehe eine aussergewöhnlich grosse Diskrepanz

zwischen den beschriebenen Beschwerden und den erhebaren Befunden; bei Schmerzen sei dies zwar praktisch immer der Fall, aber hier betreffe dies auch die Kognition und den Antrieb. In der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ AG sei zwar ein mittelgradiger depressiver Zustand diagnostiziert (vgl. E. 3.3 hiavor), aber nicht in nachvollziehbarer Weise begründet worden (eine typisch depressive Psychodynamik sei nie beschrieben worden; Antidepressiva hätten nicht gewirkt und die seit Jahren immer wieder auftretenden suizidalen Äusserungen hätten in erster Linie appellativen Charakter). Die Stimmung des Beschwerdeführers anlässlich der Exploration habe in einer der schwierigen Gesamtsituation nicht angemessenen Weise gleichgültig bis heiter gewirkt. Bereits um das 14. Altersjahr sei von psychiatrischer Seite her vermutet worden, dass die damalige (teilweise mit der aktuellen identischen) Symptomatik dem Erhalt von Zuwendung und Aufmerksamkeit diene (AB 17.2/22 f.). Es bestünden keinerlei Hinweise darauf, dass die Zunahme der Beschwerden mit dem Zivildienst in Zusammenhang gestanden hätte. Überwiegend wahrscheinlich wäre es dem Beschwerdeführer aus rein psychiatrischer Sicht möglich, seine Beeinträchtigungen durch eine zumutbare Willensanstrengung zu überwinden und eine volle Erwerbstätigkeit als ... im allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben (AB 17.2/24).

**3.6** Vom 17. Dezember 2018 bis 4. April 2019 wurde der Beschwerdeführer im Spital D. \_\_\_\_\_ teilstationär behandelt. Diagnostiziert wurde weiterhin ein funktionelles somatisches Syndrom (Bericht vom 30. April 2019; AB 21/11). Es bestünden funktionelle somatische Beschwerden mit chronischer Erschöpfungsproblematik, chronischen Schlafstörungen sowie geäusserten chronischen Schmerzen, die ein fibromyalgiformes Verteilungsmuster zeigten. Allgemein sei zu bemerken, dass nach heutigem Wissen der beklagte Symptomenkomplex als stressassoziierte, neuroinflammatorische Erkrankung angesehen werden könne und einer individualisierten, multimodalen Komplexbehandlung bedürfe. Während der teilstationären Behandlung habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden; diese müsse nach Austritt erneut evaluiert werden (AB 21/12).

**3.7** Der Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bescheinigte im Zeugnis vom 10. April 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % vom 1. April 2019 bis "ca. Sommer 19" (AB 21/6).

**3.8** Der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fasste im Bericht vom 16. Juli 2019 (AB 29/5) die Aktenlage dahingehend zusammen, dass weder in der Kindheit noch in den aktuellen Untersuchungen somatische Ursachen für die Bauchschmerzen gefunden worden seien. Das Spital D. \_\_\_\_\_ beziehe sich in Anamneseerhebung und Verlaufsbeurteilung der angegebenen Schmerzen und Ermüdungserscheinungen (vgl. E. 3.6 hiervor) überwiegend auf subjektive Angaben. Die Beurteilung des Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2019 (vgl. E. 3.5 hiervor) hingegen setze sich mit der Problematik "objektive Befunde vs. anamnestische Angaben" auseinander und würdige auch umfassend und nachvollziehbar die psychiatrische Vorgeschichte. Diese Beurteilung für die MV sei in sich schlüssig und auch unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage nachvollziehbar; gestützt darauf sei auch die Indikatorenprüfung möglich. Ob ein IV-Entscheid allein gestützt auf die Akten der MV möglich sei oder eigene Abklärungen (in Form eines Gutachtens mit Fragestellungen der IV) durchzuführen seien, sei nicht von medizinischer Seite zu beantworten.

**3.9** Mit Berichten vom 23. Mai (AB 31/14 ff.) und 5. Juni 2019 (AB 31/12 f.) hielt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ an seiner Beurteilung vom 26. Februar 2019 (vgl. E. 3.5 hiervor) fest mit dem Hinweis, alle Inhalte des Berichts des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 30. April 2019 (Beschwerden, Befunde, Diagnosen; vgl. E. 3.6 hiervor) seien im Wesentlichen bereits in früheren Berichten umschrieben und im Rahmen der eigenen Beurteilung vom 26. Februar 2019 berücksichtigt worden (AB 31/35, 31/38). Wie bereits damals dargelegt, stünden überwiegend wahrscheinlich ein sekundärer Krankheitsgewinn und ein Schonverhalten im Vordergrund, nicht aber erhebliche psychopathologische Symptome im eigentlichen Sinn. Überwiegend wahrscheinlich wären die Beschwerden durch eine zumutbare Willensanstrengung überwindbar. Aus diesen Gründen liege aus versicherungspsychiatrischer Sicht überwiegend wahrscheinlich keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vor (AB 31/37, 31/13).

**3.10** Mit ärztlichem Zeugnis vom 21. Oktober 2019 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 9) wies der Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ darauf hin, die aktuell zu beurteilende Episode stelle einen Einschnitt in der Krankengeschichte des Beschwerdeführers dar. Der vormals gewissenhafte, zuverlässige und ambitionierte Patient erscheine nun komplett erschöpft und sei nicht mehr in der Lage, sein Leben zu bewältigen resp. leichte Alltagsarbeiten auszuführen. Nach Meinung des Hausarztes sind die Diagnosekriterien eines CFS erfüllt. Das alleinige Festhalten an der psychiatrischen Beurteilung (vgl. E. 3.5 und 3.9 hiervor) sei klar zu einseitig, zu punktuell und werde der ganzen Krankengeschichte nicht gerecht. Somit dränge sich eine umfassende Beurteilung unter Einbezug der Fachrichtungen Rheumatologie, Neurologie und Psychosomatik/Psychiatrie auf.

#### **4.**

**4.1** Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung (AB 30) auf die Beurteilung(en) des MV-Psychiaters Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.5 und 3.9 hiervor) abgestellt. Dessen Beurteilung vom 26. Februar 2019 (AB 17.2; vgl. E. 3.5 hiervor) wurde vom RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ als in sich schlüssig und nachvollziehbar bezeichnet (AB 29; vgl. E. 3.8 hiervor).

**4.2** Dieses Vorgehen der Beschwerdegegnerin überzeugt nicht und die bisherigen Abklärungen sind ungenügend:

**4.2.1** Vorab steht keineswegs fest, dass der Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers (allein) psychiatrischer Natur ist. Zwar wurde von der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ AG eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom diagnostiziert (AB 3/1; vgl. E. 3.3 hiervor), von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (AB 17.2/23 Mitte; vgl. E. 3.5 hiervor), des Spitals D. \_\_\_\_\_ (AB 17.3/31; vgl. E. 3.1 hiervor) und dem Hausarzt (BB 9; vgl. E. 3.10 hiervor) indessen ein CFS und vom Spital D. \_\_\_\_\_ ein funktionelles somatisches Syndrom (AB 17.3/28, 21/11; vgl. E. 3.2 und 3.6 hiervor), wobei der Symptomenkomplex als neuroinflammatorische Erkrankung anzusehen sei (AB 21/12 Mitte). Damit besteht in diagnostischer Hinsicht

keine Klarheit und es bestehen namentlich auch Anhaltspunkte für das Vorliegen eines somatischen (organischen) Gesundheitsschadens, auch wenn bisher (noch) keine somatische Ursache gefunden worden ist (vgl. AB 29/5 oben).

**4.2.2** Selbst wenn von einem rein psychischen Gesundheitsschaden ausgegangen würde, vermöchten die Beurteilungen des Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.5 und 3.9 hiervor) für die Belange der IV nicht zu genügen. Deren Beweiswert wird bereits durch das im MV- und IV-Verfahren unterschiedliche Beweisthema eingeschränkt: In der MV ist der zeitliche Zusammenhang des Gesundheitsschadens mit der Dienstertfüllung zu klären, weshalb denn auch die MV ihre abweisende (und vom Beschwerdeführer mit Einsprache [AB 31/3 ff.] angefochtene) Verfügung vom 12. Juli 2019 (AB 28) mit dem Fehlen der Voraussetzungen gemäss Art. 5 und 6 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG; SR 833.1) begründet hat. Diese Frage, welche Anlass zur Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ gab und zu welcher der MV-Psychiater denn auch umfassend Stellung genommen hat (AB 17.2/1 sowie 17.2/23 f.), ist für die final konzipierte IV jedoch nicht von Belang.

**4.2.3** Sodann setzt sich der MV-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nicht näher mit der doch länger dauernden, von diversen Ärzten attestierten Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auseinander. Für die Zeit des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ AG vom 31. August bis 18. Oktober 2018 (vgl. E. 3.3. hiervor) bestand eine volle Arbeitsunfähigkeit (vgl. AB 17.1/24 Mitte). Im Bericht vom 26. Februar 2019 erwähnt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 17.2/21 oben) zwar die daran anschliessende, von der Rehaklinik E. \_\_\_\_\_ AG bescheinigte hälftige Arbeitsunfähigkeit ab 18. Oktober 2018 bis auf weiteres mit empfohlener Steigerung auf eine volle Arbeitsfähigkeit innert vier Monaten (vgl. AB 3/7 Mitte), wobei diese Entwicklung offensichtlich nicht eingetreten ist. Vielmehr wurde dem Beschwerdeführer in der Folge vom Spital D. \_\_\_\_\_ eine mehrmonatige vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, vorerst vom Kompetenzbereich für Psychosomatische Medizin für die Zeit vom 17. Dezember 2018 bis 31. Januar 2019 (AB 17.3/2; vgl. E. 3.4 hiervor) und sodann vom Spital D. \_\_\_\_\_ bis 4. April 2019 (AB 21/12 Mitte; vgl. E. 3.6 hiervor). Sodann

bescheinigte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Zeugnis vom 10. April 2019 eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. April 2019 bis "ca. Sommer 19" (AB 21/6; vgl. E. 3.7 hiervor). Wenn nun Dr. med. C. \_\_\_\_\_ in den Beurteilungen vom 26. Februar und 25. Mai 2019 hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit einzig auf den sekundären Krankheitsgewinn und eine zumutbare Willensanstrengung verweist (AB 17.2/24, 31/37), überzeugt dies nicht.

**4.2.4** Obwohl eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde, hat die Beschwerdegegnerin zudem kein strukturiertes Beweisverfahren (vgl. E. 2.3.2 hiervor) durchgeführt. Der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ hält die Indikatorenprüfung zwar für möglich (AB 29/5; vgl. E. 3.8 hiervor), ohne dies aber näher zu substantizieren oder sich mit den einzelnen Indikatoren auseinanderzusetzen. Auch lässt er offen, ob die Beschwerdegegnerin noch zusätzliche eigene Abklärungen treffen muss, was seinerseits nicht als Indiz für die Vollständigkeit der Akten gewertet werden kann. Auch in der Beschwerdeantwort, S. 3 Ziff. 6, wird erwähnt, die Ausführungen von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ erlaubten die Durchführung der Indikatorenprüfung, doch wird ebenfalls nicht substantiiert zu den Indikatoren Stellung genommen.

**4.2.5** Aufgrund der bisherigen Abklärungen ist letztlich auch nicht klar, inwiefern der langjährige, seit Oktober 2018 offenbar sistierte (vgl. AB 17.2/23 Mitte) Cannabis-Konsum des Beschwerdeführers die Fatigue beeinflusst (hat).

**4.2.6** Schliesslich ist auch der Beginn der Arbeitsunfähigkeit nicht klar. In der Anmeldung wird eine Arbeitsunfähigkeit ab 21. Juli 2018 – und damit just nach Beendigung des ... am 20. Juli 2018 (vgl. AB 17.2/1 Mitte) – geltend gemacht, dies zwar mit dem Hinweis, dass hierfür (im Gegensatz zu der ab 31. August 2018 attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit; vgl. AB 17.1/24) kein Arztzeugnis vorhanden sei (AB 1/4 Ziff. 4.3). Für eine Arbeitsunfähigkeit ab jenem Zeitpunkt sprechen indessen die Berichte des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 26. Juli 2018 und des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 31. Juli 2018, wo eine stationäre Abklärung und Behandlung des Beschwerdeführers empfohlen und dessen Anmeldung in der Klinik E. \_\_\_\_\_ AG veranlasst wurde (AB 17.3/32 unten, 17.3/30). Auch im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 30. April 2019 wird eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bereits während des ... erwähnt (AB 21/12 oben).

Der genaue Beginn der Arbeitsunfähigkeit bedarf deshalb – gegebenenfalls, d.h. bei Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens – näherer Prüfung. Für einen allfälligen Rentenanspruch ab 1. Dezember 2018 (entsprechend dem sinngemässen Hauptantrag des Beschwerdeführers in der Beschwerde), was einen Beginn des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG im Dezember 2017 voraussetzen würde, bestehen demgegenüber nach derzeitiger Aktenlage keine hinreichenden Anhaltspunkte, wie in der Beschwerdeantwort, S. 3 Ziff. 7 zu Recht festgehalten wird. Im Übrigen würde mit Blick auf die Anmeldung vom Dezember 2018 (AB 1) auch die Karenzfrist i.S.v. Art. 29 Abs. 1 IVG von vornherein einem Rentenbeginn ab diesem Zeitpunkt entgegenstehen.

**4.2.7** Nach dem Dargelegten ist der Sachverhalt insbesondere in somatischer, aber auch in psychiatrischer Hinsicht im Lichte des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ungenügend abgeklärt.

**4.3** Zur Klärung dieser Fragen ist eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers durchzuführen, dies vorab in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie sowie allenfalls Rheumatologie, wobei darüber abschliessend die Gutachter (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 352) zu entscheiden haben. Bei dieser Ausgangslage steht die Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 einer Rückweisung nicht entgegen, zumal eine solche auch dem Subeventualantrag des Beschwerdeführers entspricht. Anschliessend ist über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass eine Indikatorenprüfung nur dann vorzunehmen ist, wenn die Fatigue einen psychischen Gesundheitsschaden darstellt; soweit eine Fatigue hingegen auf eine Erkrankung des zentralen Nervensystems zurückzuführen ist, handelt es sich um einen somatischen Gesundheitsschaden und das strukturierte Beweisverfahren ist nicht anwendbar (Entscheid des BGer vom 6. August 2019, 9C\_106/2019, E. 2.3.3 mit Hinweisen). Ebenso würde sich die Indikatorenprüfung bei allfälligem Vorliegen eines Ausschlussgrundes erübrigen (insoweit zutreffend die Beschwerdeantwort, S. 3 f. Ziff. 8).

**4.4** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 23. Juli 2019 (AB 30) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache – antragsgemäss (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 3) – an die Be-

schwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.

## **5.**

**5.1** 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 dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**5.2** 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).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt Dr. B. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2019 wird die Parteientschädigung festgesetzt auf Fr. 3'444.40 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 23. Juli 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. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'444.40 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - 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 Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.