

200 19 720 IV
SCI/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Juni 2020

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. August 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1981 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war seit Januar 2013 als ... für die C._____ AG tätig und bei der L._____ gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 27. Mai 2013 meldete die Arbeitgeberin, die Versicherte habe am 22. April 2013 einen Unfall erlitten. Am 3. November 2014 erfolgte eine Rückfallmeldung (Dossier der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 5.7).

Die Versicherte meldete sich erstmals am 25. März 2015 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an (AB 1). Mit Verfügung vom 31. Mai 2016 verneinte die IVB den Anspruch der Versicherten auf eine Rente mit der Begründung, im frühest möglichen Zeitpunkt einer allfälligen Rentenausrichtung sei die Versicherte wegen einer Schwangerschaft arbeitsunfähig gewesen, was keinen massgeblichen Gesundheitsschaden darstelle (AB 38).

B.

Nach Neuanschuldung am 15. Februar 2017 (AB 40) gewährte die IVB Coaching und Unterstützung für wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz (AB 81, 100, 109, 120, 123). Gegen den Vorbescheid vom 12. Dezember 2017, worin die IVB die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht stellte (AB 82), erhob die Versicherte Einwand (AB 87, 90). Nachdem die RAD-Ärztin Dr. med. D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, den Untersuchungsbericht vom 21. Juni 2019 eingereicht hatte (AB 158), stellte die IVB mit Vorbescheid vom 11. Juli 2019 die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht. In der Begründung führte sie aus, die Abklärungen hätten ergeben, dass keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen beständen, die das Vorliegen einer Erwerbsunfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht begründeten. Die Versicherte könne ihre angestammte oder eine angepasste Tätigkeit zu

einem Pensum von 100 % verrichten. Psychosoziale Faktoren und das Abhängigkeitsverhalten begründeten keine Invalidität im Sinne des Gesetzes (AB 164). Nach Einwand der Versicherten (AB 166) verfügte die IVB am 9. August 2019 wie in Aussicht gestellt (AB 167).

C.

Am 16. September 2019 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragte, in Aufhebung der Verfügung vom 9. August 2019 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine ganze IV-Rente (inklusive Kinderrente) mit Wirkung ab 15. August 2017 auszurichten.

Am 6. November 2019 reichte die Beschwerdeführerin eine „Psychiatrische Stellungnahme zu den Akten“ von Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. November 2019 (Beschwerdebeilage [BB] 3) und am 21. November 2019 die Fragen des Rechtsvertreters an Dr. med. E._____ sowie den „Grundsachverhalt“ (BB 4a-c) ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Januar 2020 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde und reichte eine Stellungnahme des RAD vom 13. Januar 2020 (in den Gerichtsakten) ein.

Mit Replik vom 13. Februar 2020 hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Antrag fest und reichte eine weitere Stellungnahme von Dr. med. E._____ vom 4. Februar 2020 ein (BB 6).

Mit Eingabe vom 6. März 2020 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 9. August 2019 (AB 167). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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).

2.1.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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. Entscheidend 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).

2.1.2 Fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Abhängigkeitssyndromen bzw. Substanzkonsumstörungen kann nicht zum vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden. Vielmehr ist – gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen – nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt (BGE 145 V 215 E. 5.3.3 S. 226 und E. 7 S. 228).

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 Dreiviertelsrente, 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 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

2.3.1 Nach Eingang einer Neuanmeldung oder eines Revisionsgesuchs ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei hat sie unter anderem zu berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

2.3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.3.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

2.3.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

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).

3.

3.1 Auf die Neuanmeldung vom 15. Februar 2017 (AB 40) ist die Beschwerdegegnerin eingetreten, weshalb die Eintretensfrage durch das angerufene Gericht praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (E. 2.3.1 hiervor). Umstritten ist, ob seit der Verfügung vom 31. Mai 2016 (AB 38), mit welcher der Anspruch auf eine Rente abgewiesen worden war, bis zur angefochtenen Verfügung vom 9. August 2019 (AB 167) eine revisionsrechtlich relevante Änderung des Sachverhalts eingetreten ist und wenn ja, ob nunmehr eine leistungsbegründende Invalidität vorliegt (vgl. E. 2.3.4 hiervor).

3.2 Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungsablehnung in der Verfügung vom 31. Mai 2016 damit, dass die damalige Arbeitsunfähigkeit durch eine Schwangerschaft begründet sei, was keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstelle (AB 38). Die seither attestierten Arbeitsunfähigkeiten standen mit stationären Behandlungen (vgl. u.a. AB 133 S. 5, 151.15) bzw. mit der privaten Situation der Beschwerdeführerin (Kinderbetreuung [vgl. AB 34 S. 3]) in Zusammenhang und beruhten damit nicht mehr auf der Schwangerschaft, auch wenn offenbar inzwischen eine zweite Schwangerschaft mit Geburtstermin Mitte 2020 vorlag (AB 175.17 S. 2; vgl. auch Beschwerde S. 5 unten). Es ist somit im massgebenden Zeitraum grundsätzlich von einer Änderung des Sachverhalts auszugehen und der Rentenanspruch ist in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht frei zu prüfen (E. 2.3.3 hiervor).

3.3 In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im Untersuchungsbericht vom 26. Mai 2017 diagnostizierte Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliarpsychiater der L._____, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), DD komplex-chronische PTBS gemäss DSM-V (ICD-10 F43.9) und eine Alkoholabhängigkeit, z.Z. abstinent (ICD-10 F10.20), sowie einen Status nach Essstörung (AB 59.4 S. 12). In der Beurteilung hielt er fest, es ergebe sich ein Krankheitsverlauf, welcher relativ schwere Phasen mit hoher Behandlungsintensität und andere mit mehr gesundheitlicher Stabilität und einem höheren Funktionsniveau aufweise. Nach Dekompen-

sation habe sich die Explorandin ab August 2013 in Behandlung begeben. Ab Sommer 2014 seien stationäre und tagesklinische Behandlungen erfolgt. Es sei nun auch die Alkoholproblematik in Erscheinung getreten (AB 59.4 S. 15). Ein Aufenthalt in der traumaspezifischen Abteilung der Klinik G._____ AG habe wegen Schwangerschaftskomplikationen im April 2015 nicht stattfinden können. Die Explorandin habe während der letzten Jahre mehrmals versucht, wieder mit der Arbeit zu beginnen. Die Versuche hätten aber meist nur kurz gedauert und ein geringes Pensum umfasst. Die Essstörung sei weitgehend remittiert und für die aktuelle Funktionsfähigkeit nicht mehr bedeutsam. Die PTBS habe sich weiter gebessert (AB 59.4 S. 16). Der Zustand habe sich nicht stabilisiert, sondern die Explorandin sei in den Alkoholkonsum „gerutscht“ und habe diesbezüglich (teil-)stationäre Behandlungen benötigt. Die Wiederaufnahme der ambulanten Psychotherapie habe sich danach lange hinausgezögert. Bezüglich der spezifischen Suchtbehandlung habe sich die Explorandin stark ambivalent gezeigt. Die Diagnose von akzentuierten Persönlichkeitszügen (emotionale Labilität) könne bestätigt werden (AB 59.4 S. 17). Zum Zumutbarkeitsprofil führte Dr. med. F._____ aus, es sei wichtig, dass die Explorandin in einem guten menschlichen Umfeld oder im Home Office arbeiten könne. Es sei vorerst ein Pensum von 50 % bei voller Leistungsfähigkeit zumutbar (AB 59.4 S. 19).

3.3.2 Im Bericht vom 21. August 2017 führte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. H._____ aus, bei den im Abstand von zwei Wochen stattfindenden Konsultationen handle es sich um eine stützende und begleitende Psychotherapie, in welcher Fragen des Alltags mit dem Sohn, Beziehungsfragen sowie Fragen zur beruflichen Zukunft der Patientin im Vordergrund ständen. Medikamente nehme die Patientin nicht ein. Diese seien aus psychiatrischer Sicht aktuell auch nicht indiziert (AB 75).

Am 5. Februar 2018 diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin eine PTBS nach zwei Vergewaltigungen in den Jahren ... und, konsekutiv drei Suizidversuche in der Spätadoleszenz sowie eine Essstörung (Anorexie, Bulimie) und eine rezidivierende depressive Störung, aktuell neuerliche beginnende Episode (AB 93 S. 1). Sie führte aus, die Patientin sei depressiv, weine rasch, leide unter Schlafstörungen, grüble viel, habe Existenz-

und Zukunftsängste, sie fühle sich innerlich unruhig und angespannt. Die Konzentrationsfähigkeit sei beeinträchtigt. Die Patientin habe grosse Angst, wieder schwer depressiv zu werden. Auch die Gefahr einer Reaktivierung der früheren Essstörung bestehe in dieser Situation (AB 93 S. 2).

Im Verlaufsbericht vom 24. August 2018 führte Dr. med. H. _____ aus, der Zustand der Patientin habe sich in der Folge der Begutachtung, durch welche ihre traumatischen Erlebnisse stark reaktiviert worden seien, deutlich verschlechtert. Die Patientin sei depressiv geworden und habe Rückfälle in den Alkohol-Missbrauch erlitten. Es seien zunächst eine Alkoholentzugstherapie und daran anschliessend eine Traumatherapie geplant (AB 122 S. 2).

3.3.3 Im Austrittsbericht vom 29. November 2018 – nach einem stationären Aufenthalt vom 11. September bis 23. Oktober 2018 zur Entwöhnungsbehandlung und psychischen Stabilisierung – diagnostizierten die Ärzte der Klinik I. _____ psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) und eine PTBS (ICD-10 F43.1; AB 133 S. 1). Es habe bereits im stationären Aufenthalt eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus erreicht werden können. Die depressive Symptomatik sei im Verlauf der Behandlung stark remittiert (AB 133 S. 5).

3.3.4 Im Austrittsbericht vom 10. Dezember 2018 – nach einer stationären Behandlung vom 3. bis 11. Dezember 2018 – diagnostizierten die Ärzte des Spitals J. _____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und eine komplexe Traumafolgestörung (ICD-10 F43.8). Die Patientin habe sich während des Aufenthalts kooperativ gezeigt, an Therapien teilgenommen und habe Ausgang mit Begleitung gehabt (AB 143 S. 2 ff.).

3.3.5 Im Austrittsbericht vom 1. März 2019 nach einer Behandlung in der Akut-Tagesklinik des Spitals J. _____ diagnostizierten die Ärzte einen Status nach Alkoholintoxikation mit akuter Suizidalität vom 17. Februar 2019 (ICD-10 F10.0), eine komplexe Traumafolgestörung (ICD-10 F43.1) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig zumindest mittel-

gradige Episode (ICD-10 F33.1). Der Austritt aus der Tagesklinik sei nach einem Alkoholrückfall erfolgt (AB 151.9).

3.3.6 Im Austrittsbericht der Klinik I. _____ vom 4. März 2019 nach einer stationären Behandlung vom 11. Dezember 2018 bis 5. Februar 2019 diagnostizierten die Ärztinnen sonstige Reaktionen auf eine schwere Belastung (ICD-10 F43.8), psychische- und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1), und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; AB 151.15 S. 1). Zum Psychostatus hielten die behandelnden Ärztinnen fest, die Patientin sei wach, bewusstseinsklar, in allen Qualitäten orientiert. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt. Der formale Gedankengang sei geordnet. Es würden Störungen des Ich-Erlebens oder der Wahrnehmung (Verfolgungen, Geräusche, Flashbacks, Erinnerungslücken) beschrieben. Die Stimmungslage sei niedergedrückt, die Patientin berichte von einem Gefühl des Sinn- und Perspektivverlustes und Grübelneigung, die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich reduziert. Es beständen keine Zwänge. Bei sozial und situativ adäquatem Verhalten zeigten sich eine deutliche Antriebsminderung und reduzierte Psychomotorik. Vegetativ würden Schlafstörungen (Alpträume und Beschwerden mit dem Einschlafen) und Appetitminderung beklagt (AB 151.15 S. 2).

3.3.7 Im Austrittsbericht vom 6. März 2019 – nach einer stationären Behandlung vom 18. bis 25. Februar 2019 mit ärztlicher fürsorglicher Unterbringung (FU) – diagnostizierten die Ärzte des Spitals J. _____ eine psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.25), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und eine komplexe Traumafolgestörung (ICD-10 F43.8). Es sei ein medikamentös unterstützender Alkoholentzug begonnen worden. Es bestehe eine akute Selbstgefährdung und Weglauftendenz bei unzureichender Krankheits- und Behandlungseinsicht (AB 154 S. 2 f.).

3.3.8 Im Bericht vom 21. Juni 2019 – gestützt auf eine Untersuchung am 22. Juni 2018 (AB 158 S. 2) – diagnostizierte die RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ das Folgende (AB 158 S. 67):

1. Episodisches Rauschtrinken (Binge-Drinking, ICD-10 F10.1) zuletzt Februar 2019, laborchemisch Hinweis auf einen schädlichen Konsum von Alkohol (seit 2014 akutenkundig; Juni 2018 CDT 2.4%; wiederholt erhöhte Atemalkohol- und erhöhte Blutalkoholspiegel zuletzt Februar 2019); klinisch (Juni 2018, März 2019) und laborchemisch (Juni 2018, März 2019) keine Sekundärfolgen (keine Polyneuropathie, kein Tremor, keine vegetativ-trophischen Störungen, keine Leberfunktionsstörung), MCV grenzwertig; CCT-Angio (17. Februar 2019) ohne Auffälligkeiten; klinisch und testpsychometrisch (Juni 2018 DemTectTest) normales kognitives Leistungsprofil (2014 bis 2019), nicht krankheitswertiger Psychostatus ohne Alkohol-/Benzodiazepin-Einfluss (2014 bis 2019)
2. Arterielle Hypertonie, anamnestisch seit dem 14. Lebensjahr behandlungsbedürftig, medikamentös eingestellt
3. Anamnestisch Kurzsichtigkeit seit der Kindheit, mit Kontaktlinsen ausreichend korrigiert
 - Nahvisus im Lese- und im Computerabstandsbereich 1.0 – 1.25
 - Keine Beeinträchtigung des stereoskopischen Sehens. Normale Einschätzung von Distanzen. Regelrechte Farbdiskrimination
4. Primärpersönlichkeit vom histrionischen Typus, keine Persönlichkeitsstörung
 - Aufmerksamkeit- und anerkennungsuchendes, manipulatives Verhalten (Aggravation, Simulation, Hospital-Hopping)
5. Anamnestisch zwei Vergewaltigungen; klinisch und laborchemisch keine Zeichen einer akuten/chronischen Stress-/Disstress-Reaktion; keine objektiven Befunde für das Vorliegen von Stress-Folgeerkrankungen
6. Restriktives Essverhalten seit der Adoleszenz; klinisch leichtes Untergewicht bis Normalgewicht (Juni 2018 BMI 18,75 kg/m²; März 2019 BMI 18 kg/m²); laborchemisch keine Zeichen einer Mangelernährung (2014 bis März 2019 normale klinische Chemie und Hämatologie, Juni 2018 normales Gesamteiweiss, B-Vitamine, Folsäure, Immunstatus)
7. Flachrücken und Flachfüsse ohne funktionelle Einschränkungen

Zu den Ressourcen führte die RAD-Ärztin aus, es bestehe ein durchschnittliches Bildungsniveau, Ehrgeiz, Autonomiestreben, tragendes soziales Netzwerk, extrovertiertes Verhalten, verinnerlichte Adaptiv-Strategien (Reaktions- und Situationskontrolle, verinnerlichte Selbstwirksamkeitserwartungen), bedürfnis-orientiertes und aufmerksamkeits-suchendes Verhalten (AB 158 S. 67). Nicht IV-relevante Faktoren seien das Zweckverhalten (Aggravation, Simulation, Hospital-Hopping) und die psychosozialen Faktoren (Partnerschafts- und Arbeitsplatzkonflikt, finanzielle Sorgen, alleinerziehend sowie die individuellen Lebenskonzepte) sowie der primäre Alkoholmissbrauch (AB 158 S. 68). Die RAD-Ärztin hielt zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit fest, der Explorandin sei die angestammte Tätigkeit als ... und ... zumutbar. Zum Zumutbarkeitsprofil führte sie aus, die Explorandin könne (Frauen)Arbeiten beliebiger körperlicher Schwere, ohne ständiges Heben und Tragen von schweren Lasten, ohne mechanische Hilfsmittel, entsprechend ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten, in Früh- und Spätschicht, ohne regelmässige Nachtschicht, mit den betriebsüblichen Pausen, bis zu einem Pensum von 100 % ausüben. Es lägen keine

Befunde vor, die eine Einschränkung der Wegfähigkeit begründeten; die Fahreignung sei unter Alkoholeinfluss nicht gegeben (AB 158 S. 68).

3.3.9 Im Austrittsbericht vom 2. August 2019 nach einer stationären Behandlung vom 28. Mai bis 9. Juli 2019 diagnostizierten die Ärzte der Klinik I. _____ sonstige Reaktionen auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8), psychische- und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; AB 175.17 S. 1). Die Patientin sei auf einer offenen Akutstation mit Schwerpunkt Traumafolgestörungen behandelt worden (AB 175.17 S. 3). Vom 28. Mai bis 9. Juli 2019 sei sie zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (AB 175.17 S. 4).

3.3.10 In der Stellungnahme vom 4. November 2019 führte Dr. med. E. _____ aus, die Verwendung etablierter psychometrischer Testverfahren spreche grundsätzlich für eine hohe Qualität eines Gutachtens. Angesichts der Fragestellung, insbesondere ob eine PTBS und/oder eine Depression vorliege, sei die Auswahl durch die RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ allerdings nicht nachvollziehbar (BB 3 S. 4). Bei der Depression seien etabliert: Die Hamilton-Depression-Scale (HDRS) und Montgomery-Asberg-Depression-Scale (MADRS); sie beruhten auf einer Fremdbeurteilung. Bei der PTBS würden etwa DES II und IES eingesetzt (BB 3 S. 6). Dr. med. E. _____ hielt weiter fest, bezüglich der PTBS lege Dr. med. D. _____ in ihrer Beurteilung nicht dar, weshalb die Kriterien damals nicht erfüllt gewesen sein sollten (BB 3 S. 8). Es bestünden erhebliche Zweifel an ihrem Gutachten; sie habe ungeeignete Testverfahren eingesetzt und ihre Aussagen hätten wiederholt im Widerspruch zu den ICD-Kriterien gestanden. Die Beurteilungen der Vorakten, die von einer Depression, einer PTBS und wahrscheinlich einer sekundären Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnosen ausgingen, seien, soweit beurteilbar, korrekt (BB 3 S. 12).

3.3.11 In der Stellungnahme vom 13. Januar 2020 (in den Gerichtsakten) nahm die RAD-Ärztin Dr. med. D. _____ zu der von Dr. med. E. _____ erhobenen Kritik einlässliche Stellung und vertiefte dabei insbesondere ihre diagnostische Einschätzung.

3.3.12 In der Stellungnahme vom 4. Februar 2020 (BB 6) erneuerte Dr. med. E. _____ seine Kritiken an der RAD-ärztlichen Beurteilung.

3.4

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

3.4.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in 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).

3.4.3 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 mit zu berücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nach-

vollziehbaren 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).

3.4.4 Die versicherte Person hat von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Es ist auch im Lichte der von Art. 6 Ziff. 1 EMRK gewährleisteten Verfahrensgarantien grundsätzlich zulässig, den Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen zu stützen (BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.5 In der angefochtenen Verfügung vom 9. August 2019 stellte die Beschwerdegegnerin auf den RAD-Untersuchungsbericht von Dr. med. D. _____ vom 21. Juni 2019 (AB 158) ab, wonach die Kriterien einer PTBS in keinem Zeitpunkt objektiv gesichert seien und keine Zeichen einer Stress-Folgeerkrankung (Depression, Belastungs- und Anpassungsstörung) vorlägen, sich jedoch die Merkmale einer histrionischen Persönlichkeit einschliesslich andauernd-manipulativer Tendenzen zeigten, ohne dass die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt seien (AB 158 S. 66) und die Beschwerdeführerin einen Alkoholmissbrauch in Form eines Binge-Drinking (ICD-10 F10.1) betreibe sowie nicht IV-relevante Faktoren (alleinerziehend, soziefamiliäre Belastungen, Zweckverhalten/Aggravation und Simulation, primärer Suchtmittelmissbrauch) dominierten (AB 158 S. 67). Dr. med. D. _____ hat in ihrer diagnostischen Herleitung plausibel auf Inkonsistenzen in den Beurteilungen der behandelnden Ärzte hingewiesen;

ihre durch eigene Untersuchungsbefunde unterlegte Einschätzung der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin weckt denn auch erhebliche Zweifel an den Beurteilungen der behandelnden Ärzte.

Es ist mit Blick auf die Neuanmeldung im Februar 2017 (AB 40) der mehrjährige Verlauf zu beurteilen, wobei gestützt auf die bisherigen Abklärungen unklar bleibt, welche Schwere das Leiden tatsächlich aufweist bzw. aufgewiesen hat. Die behandelnden Ärzte stellten durchgehend die Diagnose einer PTBS, zu der in den letzten Jahren schliesslich in der Behandlung eine depressive Störung und der Alkoholkonsum (mit der Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol bzw. ein Alkoholabhängigkeitssyndrom [ICD-10 F10.2; u.a. AB 16 S. 8, 17 S. 2, 19.3 S. 5, 28 S. 4, 133 S. 1, 135 S. 9]) in den Vordergrund traten. Weiter diagnostizierten die behandelnden Ärzte eine Überlastung am Arbeitsplatz (ICD-10 Z56.7) und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotionaler Instabilität und Tendenz zu selbstschädigendem Verhalten (AB 31.54 S. 1). Seitens der behandelnden Ärzte fehlt schliesslich eine Diskussion von Wechselwirkungen und allfälligen Ausschlüssen auf diagnostischer Ebene. Eine Auseinandersetzung mit dem Umstand, dass eine PTBS nach einer gewissen Zeit, wenn sie nicht abheilt, grundsätzlich in eine Persönlichkeitsänderung übergeht und entsprechend zu diagnostizieren wäre, unterblieb (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 204, 206 f.). Auch die von der Beschwerdeführerin behauptete durchgehend volle Arbeitsunfähigkeit findet in den Berichten der behandelnden Ärzte keine hinreichende Grundlage. Die Ärzte hielten die Beschwerdeführerin nicht immer in gleicher Weise für arbeitsunfähig und attestierten häufig lediglich eine Arbeitsunfähigkeit während eines stationären Behandlungsaufenthalts (vgl. AB 5.2 S. 4 [100 % bis auf weiteres], 16 S. 8 [100 % während den stationären Aufenthalten], 28 S. 5 [100 % während zwei Wochen nach Austritt, danach arbeitsfähig für vier bis sechs Stunden pro Tag], 50.10 S. 2 [Arbeitsversuch], 126 S. 3 f. [100 % vom 17. Juli bis 11. September 2018], 133 S. 5 [100 % vom 11. September bis 23. Oktober 2018], 151.15 [100 % vom 11. Dezember 2018 bis 5. Februar 2018]). Dazu kommt, dass die Arbeitsunfähigkeit immer wieder auch mit psychosozialen Faktoren begründet wurde, führten doch beispielsweise die behandelnden

Ärzte des Spitals J. _____ im Bericht vom 18. Mai 2016 zur Frage der Erhöhung der damals attestierten 60 %igen Arbeitsfähigkeit aus, ein grösseres Pensum sei wegen der Kinderbetreuungsaufgaben nicht möglich (AB 34 S. 4), wobei eine genauere Ausscheidung der Anteile nicht erfolgte. Die RAD-Ärztin hat demnach im Grundsatz zutreffend und plausibel darauf hingewiesen, dass die Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte keine genügende Grundlage darstellen, auf welcher direkt der Leistungsentscheid gefällt werden kann.

3.6 Die Beschwerdeführerin bringt vor, es sei auf die Diagnostik und Beurteilung durch den Konsiliarpsychiater der L. _____ - Dr. med. F. _____ abzustellen (Beschwerde S. 8). Dem kann nicht gefolgt werden. Die Beurteilungen vom 18. Juni 2016 (AB 31.51), 31. Oktober 2016 (AB 50.32) und 15. Juni 2017 (AB 59.4) sind einerseits alte Momentaufnahmen, die keine Aussagen zur Folgezeit zulassen, andererseits fokussieren sie sich auf die Kausalitätsfrage. Eine detailgetreue leitlinienorientierte diagnostische Diskussion, insbesondere für die attestierte PTBS, erfolgt auch seitens des Konsiliarpsychiaters höchstens ansatzweise. Dazu kommt, dass er im Zeitpunkt seiner Beurteilung im Mai 2017 von einer gewissen Besserung der PTBS (AB 59.4 S. 12) ausgegangen ist (AB 59.4 S. 16) und eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % attestierte (AB 59.4 S. 19). Der zeitliche Verlauf ist für die Beurteilung vorab eines Rentenanspruchs jedoch von grosser Bedeutung. Beim Dokument „Besprechung mit Konsiliarpsychiater“ vom 30. April 2015 (AB 19.2 S. 2 f.) handelt es sich schliesslich nicht um eine eigenständig verfasste Beurteilung durch den Arzt der L. _____, sondern um das Protokoll der Sachbearbeiterin aus einem Gespräch mit dem Kreisarzt der L. _____, welcher mit den Angaben „Keine Ergänzungen oder Anmerkungen. Danke“ quittierte. Auch diese Beurteilungen bilden damit, worauf die RAD-Ärztin zutreffend hingewiesen hat, keine hinreichende Grundlage für die Beurteilung der Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin, sind aber auch nicht gänzlich unberücksichtigt zu lassen.

3.7 Ob es, wie die Beschwerdeführerin unter Verweis auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. H. _____ vom 24. August und 11. Oktober 2018 geltend macht, anlässlich der Untersuchung der RAD-

Ärztin am 22. Juni 2018, bei welcher die Beschwerdeführerin detailliert ihre Missbrauchserfahrungen habe schildern müssen, zu einer die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zusätzlich einschränkenden Retraumatisierung gekommen ist (AB 122, 130 S. 2), oder die allgemeinen täglichen Belastungsfaktoren und die zunehmende Alkoholproblematik die Ursache für die Verschlechterung des psychischen Zustandes der Beschwerdeführerin bildete, kann mit Blick auf den Ausgang des Verfahrens offen bleiben.

3.8 Zu klären bleibt damit, ob die Beurteilung der RAD-Ärztin, welche überzeugend auf die Mängel in den bisherigen Einschätzungen hingewiesen hat, als Beweisgrundlage für den vorliegenden Leistungsentscheid genügt. Zunächst ist dabei festzuhalten, dass die RAD-Ärztin die Merkmale einer histrionischen Persönlichkeit (AB 158 S. 51 unten) mit Dramatisierung bezüglich der eigenen Person, Aggravation, Simulation und Zweckverhalten festgehalten hat. Dies findet teilweise Rückhalt in den Akten (vgl. AB 158 S. 64 ff.). Die Anwendung von Tests (AB 158 S. 52 ff.) ist schliesslich ebenfalls nicht zu beanstanden. Es handelt sich unbestritten um validierte Tests, die auszuwählen und anzuwenden die RAD-Ärztin befugt war. Dafür, dass sie die Tests nicht lege artis angewendet hätte, bestehen keine Anzeichen. Besonders hinzuweisen ist auf die Blutspiegelbestimmung und die (fehlende) Compliance im Medikamentenbereich (AB 158 S. 57). Die Tests allein beweisen jedoch weder das Bestehen noch die Abwesenheit eines psychischen Gesundheitsschadens, sie sind einzig ein Hilfsmittel und die Rechtsprechung spricht solchen Testverfahren höchstens ergänzende Funktion zu, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 8. Juli 2011, 9C_417/2011, E. 5). Die Befunderhebungen der RAD-Ärztin erscheinen insgesamt sorgfältig und ihre Darstellung der Wahrnehmungen im Zeitpunkt der Untersuchung ist sachbezogen. Insoweit ist die Berichterstattung der RAD-Ärztin nicht zu beanstanden.

Eine gutachterliche medizinische Beurteilung erschöpft sich jedoch nicht in der Befunderhebung, sondern muss, insbesondere wenn sie von der Einschätzung der mit der betroffenen Person befassten Ärzte abweicht, sich einlässlich mit den abweichenden Meinungen auseinandersetzen und die

eigenen Diagnosen leitliniengerecht begründen. Eine solche leitliniengerechte Diskussion fehlt im Untersuchungsbericht von Dr. med. D._____. Dazu kommt, dass zwischen der eigenen Befunderhebung am 22. Juni 2018 und der Erstellung bzw. dem Abschluss der Beurteilung am 21. Juni 2019 ein Jahr liegt, ohne dass diese auffällig lange Beurteilungszeitdauer begründet wird. Zwar hat die RAD-Ärztin im Rahmen des vorliegenden Verfahrens nun am 13. Januar 2020 einlässlicher Stellung genommen und sich den diagnostischen Kriterien folgend auf eine Diskussion eingelassen (in den Gerichtsakten). Nicht ausgeblendet werden darf dabei jedoch, dass die Befassung der Dr. med. D._____ als versicherungsinterne Ärztin keine Begutachtung durch einen externen Gutachter im Sinne von Art. 44 ATSG darstellt, mithin bereits geringe Zweifel an der Richtigkeit genügen, um die Notwendigkeit einer externen Begutachtung zu begründen (vgl. E. 3.4.4 hiervor). Daran ändert nichts, dass Dr. med. D._____ in der Stellungnahme vom 13. Januar 2020 (in den Gerichtsakten) den seither ergangenen Austrittsbericht der behandelnden Ärzte der Klinik I._____ vom 2. August 2019 (S. 3) sowie weitere Akten der L._____ (S. 6 ff.) würdigte und sich ausführlich zur Frage äusserte, ob die Kriterien einer PTBS erfüllt seien oder nicht (Stellungnahme vom 13. Januar 2020, S. 10 ff.). Auf die Beurteilung von Dr. med. D._____ in der Stellungnahme vom 13. Januar 2020 (in den Gerichtsakten), es könne nach Würdigung der Akten von Juni 2014 bis einschliesslich Juni 2019 bei der Beschwerdeführerin weder eine PTBS noch eine krankheitswertige leistungsrelevante affektive Störung unter Zugrundlegung der ICD-10 Diagnosekriterien (anhaltende Depression, anhaltende Angststörung) objektiv gesichert werden, kann nicht abgestellt werden. Dies umso mehr mit Blick auf die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts in BGE 145 V 215 zur Beurteilung von Alkoholmissbrauch und Suchtabhängigkeiten, welche, obwohl im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 9. August 2019 dieses höchstrichterliche Urteil vom 11. Juli 2019 (vgl. die Medienmitteilung des Bundesgerichts vom 5. August 2019) bekannt war, unberücksichtigt geblieben ist. In den Abklärungen der Verwaltung wie auch der Beurteilung durch die RAD-Ärztin fehlt eine diesbezüglich hinreichende Erhebung der Sachlage, damit eine Würdigung nach den höchstrichterlich festgelegten Indikatoren überhaupt erst möglich ist.

3.9 Schliesslich ist auch die Stellungnahme des Dr. med. E. _____ vom 4. November 2019 (BB 3) nicht geeignet, den medizinischen Sachverhalt abschliessend zu beurteilen. Denn Dr. med. E. _____ selbst wies daraufhin, dass es sich um eine reine Aktenbeurteilung ohne persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin und ohne vollständiges Aktenstudium handelt (BB 3 S. 1). Es ging, werden die weiteren diesbezüglichen Unterlagen der Beschwerdegegnerin betrachtet, offenbar allein um die Prüfung des Beweiswerts des Untersuchungsberichts der RAD-Ärztin. Ohne Kenntnis sämtlicher Akten waren diesem Arzt jedoch die Inkonsistenzen zwischen durchgängigem Attest einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit einerseits und den psychosozialen Faktoren sowie den deutlichen Anzeichen, die eine Distanzierung von der früheren PTBS zeigen, offenbar nicht bekannt (vgl. z.B. AB 50.10, 56, 58), andernfalls er sie bei seiner Einschätzung unzutreffend ausser Acht bzw. ungewürdigt gelassen hätte. Ob seine fachspezifischen Beanstandungen bezüglich der von Dr. med. D. _____ vorgenommenen Auswahl der Testverfahren mit Blick auf die fragliche Diagnosestellung einer PTBS und/oder einer Depression (vgl. BB 3 S. 4, 6) zutreffen, ist nicht zu beurteilen, da auf den RAD-Untersuchungsbericht vom 21. Juni 2019 (AB 158 S. 2 ff.) bereits unbesehen der Stellungnahme des Dr. med. E. _____ nicht abgestellt werden kann (vgl. auch E. 3.8 hiavor).

3.10 Die Beschwerdegegnerin verlangt sinngemäss die Einholung eines Gerichtsgutachtens. Ein solches ist in der Regel einzuholen, wenn die Beschwerdeinstanz einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutacht-

lichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264; SVR 2016 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.1).

Ein solcher Fall liegt vorliegend jedoch nicht vor. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Abklärungspflichten, wie dargelegt, grundlegend nicht wahrgenommen. Mithin ist überhaupt erst eine hinreichende Abklärung von Seiten der Beschwerdegegnerin notwendig. Geboten ist eine (erstmalige) externe Begutachtung im Auftrag der finalen Invalidenversicherung (vgl. E. 3.4.4 hiervoor), nach vorgängigen weiteren Abklärungsmassnahmen. Diese erstmalige verwaltungsexterne Abklärung in der Form des Gutachtens hat unter Wahrung aller Verfahrensrechte und Eröffnung aller der Beschwerdeführerin zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, insbesondere einer erneuten erstinstanzlichen Beurteilung auf der Basis der gebotenen Abklärungen durch die Verwaltung zu erfolgen. Dabei ist im vorliegenden Fall besonders zu beachten, dass die RAD-Untersuchung vom 22. Juni 2018 eine Momentaufnahme darstellt, jedoch weder für die Zeit davor noch bis zur hier angefochtenen, mehr als ein Jahr später erlassenen Verfügung Akten vorliegen, welche eine abschliessende Beurteilung der diagnostischen Einordnung und des Verlaufs erlauben. Die Beschwerdegegnerin wird deshalb vor der gebotenen Begutachtung Unterlagen der behandelnden Ärzte zur Befundlage auch zur weiter zurückliegenden Vorgeschichte (Akten der Klinik K. _____ bereits aus dem Jahr 1997 [vgl. AB 133 S. 2]) einzuholen haben. Allein dieses umfassende Bild wird es erlauben, eine Einordnung der gesamten Problematik und die Klärung der Frage auch nach befristeten Rentenansprüchen seit der Neuanmeldung im Februar 2017 zu beurteilen. Dies gilt insbesondere für die Abgrenzung der psychosozialen Aspekte und die Beurteilung der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz der Alkoholproblematik. Aus diesem Grund ist die Sache vorliegend an die Beschwerdegegnerin zur umfassenden Ergänzung der Akten und anschliessender psychiatrischen Begutachtung durch einen mit der Sache bis anhin nicht befassten externen Psychiater zurückzuweisen. In Fällen wie dem vorliegenden erfolgt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung denn auch nicht entgegen, sondern gerade mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung.

3.11 In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 9. August 2019 (AB 167) aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

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 Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist mit Blick auf die angemessene Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ vom 16. März 2020 auf Fr. 4'226.90 ([14.5 Stunden à Fr. 250.-- =] Fr. 3'625.--, zuzüglich Auslagen von Fr. 299.70 und Mehrwertsteuer von Fr. 302.20 [7.7 % auf Fr. 3'924.70]) festzusetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 9. August 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 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. 4'226.90 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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