

200 19 835 IV
LOU/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Juli 2020

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Oktober 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1959 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Februar 2018 unter Hinweis auf seit längerem bestehende Angstzustände und depressive Symptome sowie eine seit dem 16. Oktober 2017 bestehende 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Letztere tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Am 15. November 2018 (AB 34) teilte sie der Versicherten mit, Eingliederungsmassnahmen seien nicht möglich. Gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. C. _____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 8. April 2019 (AB 47) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 10. April 2019 (AB 49) in Aussicht, mangels Vorliegens einer Invalidität einen Leistungsanspruch zu verneinen. Nach hiergegen erhobem Einwand (AB 57, 59) holte sie bei Dr. med. C. _____ eine weitere Aktenbeurteilung vom 24. September 2019 (AB 61) ein und verfügte am 7. Oktober 2019 (AB 62) dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Mit Eingabe vom 31. Oktober 2019 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, hiergegen Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei nach Durchführung einer monodisziplinären Begutachtung, unter Wahrung der Mitwirkungsrechte der Parteien, neu über den Rentenanspruch zu befinden.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 23. Dezember 2019 auf Abweisung der Beschwerde. Dieser beigelegt war eine Aktenbeurteilung von Dr. med. C. _____ vom 19. Dezember 2019 (in den Gerichtsakten).

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Rechtsbehörden 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. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 7. Oktober 2019 (AB 62). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung und dabei insbesondere die Frage, ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelrente.

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

können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Was den Gesundheitszustand betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht der Psychiatrischen Dienste D. _____ vom 28. März 2018 (AB 13 S. 3 Ziff. 2.5) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

- Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)
- Soziale Phobie (ICD-10 F40.1) mit Panikattacken (ICD-10 F41.0)
- Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/1)
- Status nach Anorexia nervosa (ICD-10 F50.0)
- Status nach Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2)
- Status nach Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1).

Die Versicherte wirke zurückhaltend. Ihr Bewusstsein sei wach und klar, die Orientierung allseits gegeben. Die Konzentration und die Merkfähigkeit seien leicht eingeschränkt und würden auch im Alltag als eingeschränkt erlebt. Die Aufmerksamkeit und die Auffassung seien im Gespräch unauffällig. Was das Gedächtnis betrifft, bestünden leichte Einschränkungen bei der Erinnerung von Jahreszahlen. Das Denken sei formal/inhaltlich kohärent; ein Grübeln werde erwähnt. Ängste würden sich vor Verlassen der Wohnung, Besuch in der Wohnung und Menschenmengen durch Zittern, Übelkeit und Erbrechen zeigen. Weiter liege ein leichtes Misstrauen vor. In Bezug auf einen allfälligen Wahn lägen unauffällige Befunde vor, ebenso was Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen betreffen würden. Die Versicherte wirke deprimiert, ängstlich, innerlich unruhig und zeige Insuffizienzgefühle. Weiter sei sie antriebsarm und klage über Durchschlafstörungen und Appetitminderung. Von akuter Suizidalität distanzieren sie sich glaubhaft (S. 3 Ziff. 2.4). Sie sei zu 100% arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.3). Die verminderte Konzentrations- und Merkfähigkeit, der sozialer Rückzug sowie soziale Ängste und Panikattacken mit Zittern, Schwitzen und Erbrechen wirkten einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 3.4).

3.1.2 Dr. med. C. _____ vom RAD führte im Bericht vom 14. September 2018 (AB 21) aus, die im Bericht der psychiatrischen Dienste D. _____ vom 28. März 2018 attestierten Diagnosen im psychiatrischen Fachgebiet seien weder unter Zugrundelegung der ICD-10-Diagnosekriterien noch unter Berücksichtigung der Ausschluss- und Differentialdiagnosen (Suchtmittel-/Substanzkonsum, metabolische Störungen etc.) gesichert worden. Die soziefamiliären Belastungen (verwitwet, finanzielle Sorgen, niedriges Bildungsniveau, Arbeitslosigkeit) hätten invalidenversicherungsrechtlich keine Relevanz. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei bisher medizinisch nicht objektiv begründet. Es lägen keine objektiven Befunde vor, die gegen eine sofortige Wiederaufnahme einer Tätigkeit im bisherigen Umfang (50% Pensum) unter Berücksichtigung der Fähigkeiten und Fertigkeiten sprächen. Es empfehle sich eine ergänzende Anfrage an den Hausarzt.

3.1.3 Der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Oktober 2018 (AB 28, 29) aus, es läge ein gut eingestellter Bluthochdruck vor, jedoch keine Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenfunktionsstörungen oder eine Stoffwechselfunktionsstörung.

3.1.4 Die psychiatrischen Dienste D. _____ postulierten im Verlaufsbericht vom 15. Oktober 2018 (AB 30) einen stationären Gesundheitszustand (S. 2 Ziff. 1) und diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), ein Status nach Anorexia nervosa (ICD-10 F50.0), ein Status nach Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2) sowie ein Status nach Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1; Ziff. 3). Die Versicherte wirke zurückhaltend. Ihr Bewusstsein sei wach und klar, die Orientierung allseits gegeben. Die Konzentration/Merkfähigkeit sei mittelgradig eingeschränkt und werde auch im Alltag als eingeschränkt erlebt. Weiter sei die Aufmerksamkeit reduziert; die Auffassung sei nicht explizit geprüft worden. Was das Gedächtnis betrifft, bestünde eine leichte Einschränkung bei der zeitlichen Einordnung von Ereignissen und der Erinnerung von Jahreszahlen. Das Denken sei formal

und inhaltlich kohärent. Es bestehe eine ausgeprägte Einengung und ein sehr häufiges Grübeln; inhaltlich würden sich die Gedanken um multiple Sorgenthemen wie möglicher Tod ihres Lebenspartners oder der Tochter, traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit und ungewisse Zukunft (Verlust- und Existenzängste) beziehen. Die Ein- und Durchschlafstörung habe unter medikamentöser Behandlung gebessert. Die Versicherte leide unter Flashbacks. Die sehr starken Ängste würden von Zittern, Schweissausbrüchen, Übelkeit und Erbrechen begleitet. Das Verlassen der Wohnung, Besuche in der Wohnung sowie Autofahrten, Einkaufshäuser und Menschenmengen würden Ängste auslösen. Weiter bestehe ein leichtes Misstrauen. Hinweise auf Wahn oder Sinnestäuschungen lägen nicht vor. Bei starken Ängsten bestehe ein Derealisationserleben. Die Versicherte sei deprimiert, rat- und hoffnungslos, ängstlich, innerlich unruhig und habe Insuffizienzgefühle. Auch liege eine mittelgradige Affektlabilität vor. Sie sei antriebs- und lustlos und leide unter einem Interessenverlust. Sie sei angespannt und motorisch leicht unruhig. Es bestehe ein starker sozialer Rückzug und eine Appetitminderung. Lebensüberdrussgedanken seien vorhanden, die Versicherte distanzieren sich aber glaubhaft von akuter Suizidalität. Akut fremdaggressive Tendenzen bestünden nicht, es liege aber ein starkes Krankheitsgefühl bei gegebener Krankheits- und Behandlungseinsicht vor (S. 2 Ziff. 4). Insgesamt habe sich das Zustandsbild mit mittlerweile deutlich verbesserter Compliance nur leicht gebessert (S. 3 Ziff. 6). In Bezug auf die vorherige Tätigkeit (50% als ...) sei aus psychiatrischer Sicht die Prognose als äussert ungünstig zu beurteilen. Eine Rückkehr in ihr angestammtes Arbeitsumfeld sei aus therapeutisch-psychiatrischer Sicht vor dem Hintergrund der posttraumatischen Belastungsstörung (Flashbacks, Hypervigilanz, Panikattacken) unzumutbar und würde einer Verbesserung des Gesundheitszustandes entgegenstehen (Ziff. 9). Die Versicherte sei von ihnen (psychiatrische Dienste D. _____) seit dem 17. Januar 2018 zu 100% krank geschrieben (Ziff. 11). Insbesondere die Einschränkungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit sowie der verminderte Antrieb, die Affektlabilität und die Panikattacken wirkten sich auf die Arbeitsunfähigkeit aus (S. 3 f. Ziff. 12). Eventuell sei leichte Heimarbeit zumutbar (S. 4 Ziff. 14).

3.1.5 RAD-Ärztin Dr. med. C._____ führte in der Aktenbeurteilung vom 20. Februar 2019 (AB 36) aus, die vorliegenden Unterlagen würden medizinische Inkonsistenzen enthalten. Zum einen dokumentiere der Hausarzt einen gut eingestellten Blutdruck, wohingegen die Psychiaterin der psychiatrischen Dienste D._____ leistungsrelevante kombinierte psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf Affekt und Vegetativum benenne, ohne dass vegetative Funktionsstörungen objektiviert worden seien (S. 4). Zum anderen dokumentiere der Hausarzt eine Adipositas Grad I und widersprüchlich hierzu die Psychiaterin der psychiatrischen Dienste D._____, dass die Versicherte eine Appetitminderung angegeben habe. Die attestierten Diagnosen im psychiatrischen Bereich würden sich zum einen gegenseitig ausschliessen und seien zum anderen nicht nach ICD-10 unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien und der Differentialdiagnosen gesichert worden. Der dokumentierte Psychostatus enthalte überwiegend anamnestische Angaben und sei nicht datiert. Es empfehle sich eine Einbestellung der Versicherten in den RAD zur Laboranalyse.

3.1.6 Dr. med. C._____ führte in der Aktenbeurteilung vom 8. April 2019 (AB 47) aus, der Blutdruck der Versicherten sei medikamentös gut eingestellt. Es lägen weder klinisch noch laborchemisch Zeichen einer vegetativen Übererregbarkeit vor. Die Versicherte sei leicht übergewichtig (Adipositas Grad I). Das Drogenscreening auf Alkohol und polyvalente Drogen sei sämtlich negativ. Die zum Leistungsgesuch attestierten Diagnosen im psychiatrischen Fachgebiet seien überwiegend aus den anamnestischen Angaben der Versicherten abgeleitet worden aber klinisch nicht unter Berücksichtigung der ICD-10 Diagnosekriterien und unter Beachtung der Ausschlusskriterien (Befindlichkeitsstörungen, Substanzeeinfluss) und der Differentialdiagnosen objektiv gesichert. Gegen das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33), einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und einer krankheitswertigen Angststörung (ICD-10 F40.01) würden sowohl der klinisch und laborchemisch fehlende Nachweis einer akuten/chronischen Stressreaktion als auch das Fehlen von Merkmalen einer vegetativen Übererregbarkeit sprechen. Die Versicherte befinde sich in einem adipösen Ernährungszustand. Laborchemisch und klinisch ergäben sich Hinweise auf eine leichte Überernährung und könne ein schädlicher Alkoholkonsum aktuell ausgeschlos-

sen werden. Der dokumentierte Psychostatus im Bericht der psychiatrischen Dienste D. _____ vom 28. März 2018 enthalte überwiegend anamnestische Angaben. Die dokumentierten Normalbefunde (wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert, kein Wahn, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen, Denken formal/inhaltlich kohärent) würden ebenso wie das Fehlen klinischer Merkmale einer krankheitswertigen Angstreaktion und das klinische und laborchemische Fehlen von Zeichen einer akuten/chronischen Stressreaktion und einer Suchterkrankung das Vorliegen einer leistungsrelevanten Erkrankung im psychiatrischen Fachgebiet ganzheitlich betrachtet ausschliessen. Am 18. März 2019 seien normale Herzkreislauffunktionsparameter ermittelt worden. Die Dauer und Höhe der attestierten Arbeitsunfähigkeit (seit dem 16. Oktober 2017 fortlaufend 100% arbeitsunfähig) sei medizinisch nicht objektiv begründet und nicht anhand objektiver Befunde plausibel nachvollziehbar. Zusammenfassend würden das klinische und das laborchemische Fehlen von Zeichen einer akuten/chronischen Stressreaktion gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten Stressfolgeerkrankung sowie die dokumentierten Normalbefunde im Psychostatus bezüglich Bewusstseinslage, Orientierung, formalen und inhaltlichen Denken gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten krankhaften psychiatrischen Störung sprechen. Die von der Versicherten vorgetragene (psychische) Befindlichkeitsstörung hätten keinen Krankheitswert. Verlust- und Existenzängste im Kontext einer "ungewissen" beruflichen Zukunft hätten ebenfalls keinen Krankheitswert. Die medikamentöse Behandlung mit Sertralin sollte deshalb aus fachärztlicher Sicht kritisch überprüft werden. Bei der Versicherten lägen seit Beginn der Krankenschreibung am 16. Oktober 2017 keine Befunde vor, die einen invalidisierenden Gesundheitsschaden im psychiatrischen und/oder somatischen Fachgebiet objektiv begründen könnten. Sie werde deshalb für fähig erachtet, Frauenarbeiten unterschiedlicher körperlicher Schwere, entsprechend ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten, mit den betriebsüblichen Pausen bis zu einem Pensum von 100% zu verrichten, so auch ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Es lägen keine Befunde vor, die eine Einschränkung ihrer Wegfähigkeit/Mobilität objektiv begründen könnten. Bei der Versicherten bestehe Vermittelbarkeit auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt für alle Tätigkeiten, die dem genannten Leistungsprofil entsprächen. Das genannte

Leistungsvermögen habe schon im März 2018 vorgelegen. Weitere Abklärungen seien aktuell nicht erforderlich.

3.1.7 Im Bericht der psychiatrischen Dienste D. _____ vom 6. Mai 2019 (AB 59/5) wurde ausgeführt, im Bericht vom 15. Oktober 2018 seien nach den diagnostischen Leitlinien der WHO (ICD-10) die Kriterien für die rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradig), für die Agoraphobie mit Panikstörung sowie für die posttraumatische Belastungsstörung klar erfüllt. Für die mittelschwere depressive Episode seien folgende Befunde sowie subjektive Angaben der Versicherten im genannten Bericht erwähnt: depressive Stimmung, Interessensverlust und Freudlosigkeit, Antriebsmangel, verminderte Konzentration, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken (ohne konkrete Handlungsplanung), vermindertes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen (unter antidepressiver Medikation gebessert) sowie verminderter Appetit (unter antidepressiver Medikation gebessert). Die RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ schreibe, dass Existenzängste im Kontext einer ungewissen beruflichen Zukunft keinen Krankheitswert hätten. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven (im Fall der Versicherten übertriebene Existenzängste) seien jedoch explizit ein Diagnosekriterium der Depression nach den ICD-10-Leitlinien. Die Versicherte erlebe massive Ängste z. B. bei Autofahrten alleine und unbekanntem Strecken, in Einkaufshäusern und Läden, in Menschenmengen, in Spitälern und bei Benutzen der öffentlichen Verkehrsmittel. Dabei würden sich folgende Symptome zeigen: Zittern, Schweissausbrüche, Übelkeit/Erbrechen, Derealisation. Bei Vergabe einer Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung müsse gemäss den ICD-10-Leitlinien das Vermeiden der phobischen Situation ein entscheidendes Symptom sein oder gewesen sein. Die Versicherte zeige ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, z.B. verlasse sie das Haus ausser für Therapie- und Arztbesuche praktisch nie alleine, gehe auch mit dem Partner nur selten aus dem Haus, beim Einkaufen brauche sie Unterstützung durch ihre Schwester, in einem Laden sowie in öffentlichen Verkehrsmitteln sei sie seit Jahren nicht mehr alleine gewesen. Zusammenfassend seien die Kriterien für die Agoraphobie mit Panikstörung nach den ICD-10-Leitlinien klar erfüllt. Nach heutigem Stand der Forschung gebe es keine verlässlichen Laborwerte, welche für die Diagnose oder zum Ausschluss einer Depression, Angststörung oder

Traumafolgestörung verlässlich herangezogen werden könnten. Aus diesem Grund seien bei den gängigen diagnostischen Leitlinien (ICD-10, DSM-V) für die Diagnostik psychiatrischer Erkrankungen Laborwerte keine diagnostisch relevanten Kriterien. D.h. ein normaler Cortisolwert könne weder eine Depression, noch eine Angststörung, noch eine Traumafolgestörung ausschliessen. Auch ein beim Hausarzt gemessener normwertiger Blutdruckwert könne eine Depression, Angststörung oder Traumafolgestörung nicht ausschliessen, da für die Erfüllung der diagnostischen Leitlinien physiologisch gemessene Werte keine Rolle spielten. Zudem seien die normwertigen Blutdruckwerte unter laufender antihypertensiver Medikation gemessen worden. Ausserdem träten physiologische messbare Angstsymptome bei der Agoraphobie mit Panikstörung typischerweise während einer Angst auslösenden Situation auf (Panikstörung) und klingten nach Beendigung der Situation wieder ab. Der Psychostatus nach AMDP beinhalte sowohl objektive Befunde wie auch subjektive und anamnestische Angaben der Versicherten. Somit sei ein Psychostatus, welcher viele subjektive Angaben enthalte, lege artis. Eine Adipositas sowie ein beschriebener Appetitmangel würden sich gegenseitig nicht ausschliessen. Bei bestehender Appetitminderung habe die Versicherte trotzdem zugenommen. Mitursächliche Faktoren seien hierbei der Bewegungsmangel aufgrund des Vermeidungsverhaltens (Angst, das Haus zu verlassen), die antidepressive Medikation und die unausgewogene Ernährung aufgrund der Traumafolgestörung (Flashbacks in der Küche beim Kochen) sowie aufgrund der Depression (Antriebsmangel). Der Bericht der psychiatrischen Dienste D. _____ vom 15. Oktober 2018 zeige insgesamt deutlich und nachvollziehbar auf, dass die Versicherte psychisch stark beeinträchtigt sei und somit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Sie hätte zu einem Gespräch beim RAD eingeladen werden müssen.

3.1.8 Dr. med. C. _____ führte in der Aktenbeurteilung vom 24. September 2019 (AB 61) aus, es sei korrekt, dass die ICD-10- und die DSM-IV/V-Diagnosekriterien bisher keine Laborparameter zu Diagnostikzwecken beinhalten. Die Beurteilung der Auswirkungen somatischer und psychiatrisch-psychosomatischer Beschwerden auf das individuelle Leistungsvermögen einer Person erfordere jedoch die ganzheitliche bio-psycho-soziale Betrachtung und somit auch die Analyse der Auswirkungen auf die indivi-

duellen Funktionskreisläufe. Chronische Stressfolgeerkrankungen (Depressionen, Angsterkrankungen, Anpassungsstörung, Traumafolgestörungen) führten infolge der anhaltenden Stressreaktionen langfristig zu einer psychophysischen Erschöpfung aufgrund einer hypothalamisch-hypophysären Funktionsstörung, die zu einer anhaltenden psychophysischen Minderbelastbarkeit des Individuums führe und somit Auswirkung auf das individuelle berufliche Leistungsvermögen habe. Der Nachweis und das Quantifizieren des Ausmasses einer messbaren Funktionsstörung (des Stoffwechsels, der Immunfunktionen, der Herz-Kreislauffunktionen, des Schlaf-Wach-Rhythmus etc.) gebe sowohl Hinweis auf die individuelle Beeinträchtigung der Körperfunktionen als auch auf die Leistungsprognose einer Störung. Der Blutdruck der Versicherten sei medikamentös gut eingestellt. Der Spiegel des blutdrucksenkenden Medikamentes liege im therapeutisch wirksamen Bereich, was für eine regelmässige Medikamenteneinnahme spreche. Klinisch und laborchemisch liessen sich keine Zeichen einer vegetativen Übererregbarkeit und einer chronischen Stressreaktion objektivieren, wie sie im Fall einer leistungsrelevanten Angststörung/rezidivierenden Depression/Traumafolgestörung oder deren Kombination immer nachweisbar seien. Bei der Versicherten fänden sich ebenfalls keine Zeichen einer Immunabwehrschwäche oder eines Drogenkonsums. Der Bluthochdruck sei mit ausreichendem Effekt behandelt. Eine Adipositas Grad I und die leicht erhöhten Blutfette wiesen auf eine Überernährung hin. Die leicht erhöhte Lipase und Amylase würden/hätten Hinweis auf eine Abklärung der Funktion der Bauchspeicheldrüse geben/gegeben. Zusammenfassend hätten bei der Versicherten weder leistungsrelevante Funktionsstörungen noch dysfunktionales Verhalten mit Auswirkung auf das berufliche Leistungsvermögen objektiviert werden können.

3.1.9 Dr. med. C. _____ führte in der RAD-Aktenbeurteilung vom 19. Dezember 2019 (in den Gerichtsakten) aus, der Bericht der psychiatrischen Dienste D. _____ vom 6. Mai 2019 (AB 59/5) enthalte keine neuen medizinischen Fakten. Die objektiven Fakten/Befunde bei der Versicherten würden eine leichtgradige Adipositas einschliesslich laborchemischer Zeichen der Überernährung mit leichtgradiger Erhöhung der fettverarbeitenden Enzyme, einen medikamentös gut eingestellten Blutdruck, einen normalen Ruhepuls bzw. klinisch und laborchemisch keine objektivierbaren Zeichen

einer akuten oder einer chronischen Stressreaktion bzw. keine Zeichen einer krankhaften vegetativen Störepfindlichkeit, laborchemisch eine normale Immunantwort sowie laborchemisch einen Alkoholkonsum unterhalb der Schwelle zum schädlichen Gebrauch dokumentieren. Bereits die dargestellten klinisch-somatischen und laborchemischen Befunde würden das Vorliegen einer leistungsrelevanten d.h. chronischen Stressfolgeerkrankung ausschliessen, zu denen nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis sowohl krankhafte Angststörungen als auch Depressionen, Traumafolgestörungen und Anpassungsstörungen zählen. Die für die psychophysischen Leistungseinschränkungen bei chronischen Stressfolgeerkrankungen ursächliche hypothalamisch-hypophysäre Funktionsstörung könne bei der Versicherten nicht nachgewiesen werden. Der hypothalamisch-hypophysäre Regelkreis sei intakt. Auch klinisch liessen sich keine Zeichen einer vermehrten vegetativen Störbarkeit objektivieren (normaler Ruhepuls, normaler Blutdruck), wie sie im Zustand einer anhaltenden krankhaften Angst (Agoraphobie, soziale Phobie, Panikstörung, Traumafolgestörung, generalisierte Angststörung) immer nachweisbar seien. Bereits die klinisch-somatischen sowie die laborchemischen Befunde würden gegen die ICD-10-Diagnosen einer Anorexia nervosa als auch eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol sprechen. Es könne lediglich eine Überalimentation festgelegt werden. Eine Mangelernährung könne ausgeschlossen werden. Sollten tatsächlich Essattacken vorliegen, seien diese mit dem bereits verordneten Serotonin-Wiederaufnahmehemmer mit ausreichendem Effekt behandelbar. Die im Bericht der psychiatrischen Dienste D. _____ vom 28. März 2018 dokumentierten objektivierbaren Normalbefunde im Psychostatus hätten bzw. würden gegen das Vorliegen einer krankhaften affektiven Störung (Angststörung, Depression, Traumafolgestörung) von Leistungsrelevanz gesprochen bzw. sprechen. Für die Diagnose einer krankhaften affektiven Störung nach ICD-10 von Leistungsrelevanz sei der objektive Nachweis einer kombinierten Störung der Kognition, des formalen und inhaltlichen Denkens und eines affektgesteuerten krankhaft-motivierten Verhaltens in Kombination mit dem Nachweis der für diese Störungen charakteristischen somatischen Begleitsymptome erforderlich. Dieser Nachweis hätte bei der Versicherten seit Eingang des Leistungsgesuchs klinisch und laborchemisch nicht erbracht werden können. Die im Bericht der psychiatrischen Dienste D. _____ vom 15. Oktober

2019 dokumentierten objektivierbaren Normalbefunde im Psychostatus hätten bzw. würden somit erneut gegen das Vorliegen der attestierten Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung, Agoraphobie mit Panikstörung und rezidivierenden depressiven Störung gesprochen bzw. sprechen. Bei der Versicherten könnten weder leistungsrelevante kognitive Funktionsstörungen noch ein krankheitsbedingtes dysfunktionales Verhalten mit Auswirkung auf ihr berufliches Leistungsvermögen objektiv nachgewiesen werden. Sie sei autonom, uneingeschränkt mobil, zur Selbst- und Fremdfürsorge befähigt und im Verhalten bedürfnis-, ziel- und zweckorientiert und sei dies auch gewesen. Sie sei in der Lage, ihre Bedürfnisse zu erkennen und einzufordern und sich gezielt professionelle Unterstützung und Rat zu holen. Im Weiteren bestätigte Dr. med. C._____ das Zumutbarkeitsprofil sowie die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ihrer Aktenbeurteilung vom 8. April 2019.

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

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

fern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 29. Oktober 2015, 9C_610/2015, E. 3.1 mit Hinweisen). 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).

3.3 RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ untersuchte die Beschwerdeführerin nicht persönlich, sondern verfasste ihre Stellungnahmen einzig aufgrund der Akten. Wie nachfolgend dargelegt, bestehen vorliegend zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit ihrer Aktenbeurteilungen (AB 21, 36, 47, 61 und in den Gerichtsakten), weshalb sie zur abschliessenden Beurteilung des Leistungsgesuchs nicht geeignet sind. Ebenfalls keine taugliche Entscheidungsgrundlage stellen die Berichte der psychiatrischen Dienste D. _____ (AB 13, 30, 59/5) sowie des Hausarztes Dr. med. E. _____ (AB 28, 29) dar.

Die Beschwerdeführerin ist durch den Hausarzt seit Oktober 2017 (AB 4.2/4, 4.2/6 und 4.2/8-11, 28, 29) und ab Januar 2018 durch die psychiatrischen Dienste D. _____ zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (AB 4.2/1-2, 4.2/5, 13, 30, 41, 59/5). Im Bericht der psychiatrischen Dienste D. _____ vom 28. März 2018 (AB 13) wurden gestützt auf die am Vortag erfolgte Untersuchung teilweise unauffällige und teilweise eingeschränkte

Befunde objektiviert (S. 3 Ziff. 2.4) und mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit u.a. ein Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine soziale Phobie mit Panikattacken und eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert (S. 3 Ziff. 2.5) bei langsamem Heilungsverlauf infolge Komplexität und Dauer der Erkrankung (S. 4 Ziff. 2.7), dies unter Fortführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit medikamentöser Unterstützung (Ziff. 2.8). Die RAD-Ärztin Dr. med. C._____ erachtete diese medizinische Grundlage als ungenügend und befürwortete, dem Hausarzt Dr. med. E._____ Fragen zu stellen (vgl. RAD-Aktenbeurteilung vom 14. September 2018 [AB 21]), welche dieser nur sehr rudimentär beantwortete (AB 28 f.), worauf die Beschwerdeführerin bei den psychiatrischen Diensten D._____ einen Verlaufsbericht vom 15. Oktober 2018 (AB 30) einholte. Darin wurden im Wesentlichen die bisher gestellten Diagnosen (aber jetzt mittelgradige depressive Episode und Agoraphobie mit Panikstörung) bei stationärem unverändertem Gesundheitszustand bestätigt (S. 2 Ziff. 1.3). Der Zustand und die Symptome wurden im Vergleich zum ersten Bericht vom 28. März 2018 (AB 13 S. 2 ff. Ziff. 2) als erheblich schlechter beschrieben (S. 2 Ziff. 4), was widersprüchlich erscheint zum als stationär angegebenen Gesundheitszustand (Ziff. 1) und zum objektiv leicht gebessertem Zustandsbild bei verbesserter Compliance (S. 3 Ziff. 6). Die Prognose wurde als äusserst ungünstig bezeichnet (S. 3 Ziff. 9). Die RAD-Ärztin Dr. med. C._____ hielt in der Aktenbeurteilung vom 20. Februar 2019 (AB 36) den Verlaufsbericht der psychiatrischen Dienste D._____ für teilweise widersprüchlich und inkonsistent und befürwortete die Einbestellung der Beschwerdeführerin zur Laboranalyse, welche am 18. März 2019 (AB 42, 45) erfolgte. Anhand der daraus geschlossenen Werte wie auch den in den Berichten der psychiatrischen Dienste D._____ sowie des Hausarztes aufgeführten klinischen Befunde schloss Dr. med. C._____ in der Aktenbeurteilung vom 8. April 2019 (AB 47) leistungsrelevante Stressfolgeerkrankungen (Depression, Anpassungsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, krankhafte Angststörung, etc.). aus. Daraufhin nahmen die psychiatrischen Dienste D._____ am 6. Mai 2019 (AB 59/5) zu Handen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin Stellung und verwies u.a. auf die früheren Befunde und Symptombeschreibungen in ihrem Bericht vom 15. Oktober 2018 (AB 30) sowie die Einschränkungen im täglichen Leben und kritisierte insbe-

sondere, der von der RAD-Ärztin anhand der Laborwerte gezogene Schluss, es liege keine leistungsrelevante krankhafte psychiatrische Erkrankung vor, sei unhaltbar und entspreche nicht dem heutigen Stand der Forschung. Zudem sei der Blutdruck und Puls der Beschwerdeführerin medikamentös eingestellt und insofern die daraus von Dr. med. C._____ gezogenen Schlüsse nicht nachvollziehbar. Die RAD-Ärztin hielt in der Folge in ihren weiteren Aktenberichten vom 24. September und 19. Dezember 2020 (AB 61, 67) an ihrer Einschätzung fest.

Aufgrund des Dargelegten ergibt sich, dass die RAD-Ärztin Dr. med. C._____ die Beschwerdeführerin entgegen dem Ausdrücklichen Verlangen der psychiatrischen Dienste D._____ (AB 59/5) nicht persönlich untersuchte und keine eigene klinische Abklärung vornahm, sondern ihre Stellungnahmen einzig aufgrund der Akten und des Labors verfasste. Die Berichte der psychiatrischen Dienste D._____, welche die Beschwerdeführerin mehrmals persönlich untersuchten, vermögen zumindest geringe Zweifel an den Feststellungen von Dr. med. C._____ zu begründen, zumal an die Beweiswürdigung praxisgemäss strenge Anforderungen zu stellen sind, wenn ohne externe Begutachtung entschieden werden soll (vgl. E. 3.2. hiervor). Die Beurteilungen der Untersucher der psychiatrischen Dienste D._____ und der RAD-Ärztin stehen in einem klaren Widerspruch zu einander, weshalb die jeweiligen Schlussfolgerungen aufgrund der Akten nicht überzeugen. Damit ist für den Rechtsanwender nicht klar, welche dieser Beurteilungen zutreffend ist. Aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes wäre die Beschwerdegegnerin daher verpflichtet gewesen, weitere Abklärungen zu tätigen, um die Widersprüche aus dem Weg zu räumen, was die Beschwerdeführerin bereits im Einwand vom 3. Juni 2019 (AB 59) beantragt hatte (S. 3 Ziff. 6) und noch einmal im Beschwerdeverfahren bestätigt (vgl. u.a. Beschwerde S. 3 art. 2 Ziff. 1 ff.).

3.4 Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nach Art. 43 ff. ATSG nicht hinreichend nachgekommen und es wäre am RAD gewesen, auf die Veranlassung weiterer Abklärungen hinzuwirken, was nun nachzuholen ist. Die im Recht liegenden medizinischen Berichte erlauben vorliegend keine abschliessende Beurteilung, d.h. sie bilden keine zuverlässige Entscheidungsgrundlage. Diese Mängel sind zudem nicht auf

dem Weg der Beweiswürdigung zu beheben. Daher erübrigen sich weitere Ausführungen zu den Vorbringen der Parteien zu den medizinischen Berichten und die Sache ist in Gutheissung der Beschwerde im Sinne des Rechtsbegehrens der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die Klärung der offenen Fragen mittels eines versicherungsexternen polydisziplinären Gutachtens (allgemein-internistisch, psychiatrisch, und infolge früherer Unterernährung und aktueller Adipositas und Bauchspeicheldrüsenproblematik [AB 61 S. 3 f.] gastroenterologisch und erforderlichenfalls weiterer Disziplinen) einholt und im Anschluss daran neu verfügt.

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

4.2.1 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).

Die Bemessung der Parteientschädigung beurteilt sich nach kantonalem Recht (BGE 125 V 408 E. 3a S. 409; SVR 2019 KV Nr. 7 S. 51 E. 9.2). Dieses hat den bundesrechtlichen Anforderungen gemäss Art. 61 lit. g ATSG

zu genügen. Nach Art. 13 der kantonalen Parteikostenverordnung vom 17. Mai 2006 (PKV; BSG 168.811) beträgt das Honorar in sozialversicherungsrechtlichen Klage- und Beschwerdeverfahren Fr. 400.-- bis Fr. 11'800.-- pro Instanz. Praxisgemäss ist dem Gericht bei der Festsetzung der Parteienentschädigung ein weiter Ermessensspielraum einzuräumen. Im Rahmen seines Ermessens hat das Gericht für die Bestimmung der Höhe des Anwaltshonorars die Wichtigkeit und Schwierigkeit der Streitsache, den Umfang der Arbeitsleistung und den Zeitaufwand des Anwalts zu berücksichtigen (BGE 114 V 83 E. 4b S. 87; SVR 2019 IV Nr. 17 S. 53 E. 6.1).

4.2.2 Rechtsanwältin B._____ macht in ihrer Kostennote vom 18. März 2020 ausgehend von einem zeitlichen Aufwand von 16.5 Stunden einen Aufwand von Fr. 5'024.30.-- inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer geltend. Unter Berücksichtigung des im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen gebotenen Aufwands erweist sich der geltend gemachte Zeitaufwand als zu hoch, zumal sich der Streitgegenstand einzig darauf beschränkte, ob anhand der vorliegenden Arztberichte der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zuverlässig ermittelt werden kann. Insofern bedingte der vorliegende Fall keinen besonders hohen Aufwand, zumal die Rechtsvertreterin die Beschwerdeführerin bereits im Vorbescheidverfahren vertreten hat. Daher wird die Parteienentschädigung pauschal auf Fr. 3'500.-- festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. Oktober 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. 3'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - 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.