

200 19 868 IV
SCP/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. April 2020

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. Oktober 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1967 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Juli 2018 unter Hinweis auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, Angstzustände und eine Mastdarmkrebsoperation bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm in der Folge erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor, wobei sie insbesondere die Akten der zuständigen Krankentaggeldversicherung (act. II 9.1-3) edierte und eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 12. März 2019 (act. II 34) einholte. Mit Vorbescheid vom 22. März 2019 (act. II 35) stellte sie dem Versicherten die Verneinung eines Leistungsanspruchs in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 38, 43) und erneuter Rücksprache mit dem RAD (act. II 45) verneinte die IVB mit Verfügung vom 8. Oktober 2019 (act. II 46) entsprechend dem Vorbescheid einen Leistungsanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 13. November 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 8. Oktober 2019 sei aufzuheben und es sei ihm eine „volle“ Rente zuzusprechen. Eventualiter sei der medizinische Sachverhalt und daraus ableitend die Arbeits- und Leistungsfähigkeit mittels eines Fachgutachtens abzuklären. Hierzu sei ihm eine Frist für Vorschläge von potentiellen Gutachter/innen anzusetzen.

In der Beschwerdeantwort vom 13. Dezember 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin unter Beilage einer Stellungnahme des RAD vom 9. Dezember 2019 (in den Gerichtsakten) auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 12. Februar 2020 hält der Beschwerdeführer unter Beilage einer Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom 27. Dezember

2019 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 6) an seinen beschwerdeweise gestellten Anträgen fest.

Mit Eingabe vom 4. März 2020 verzichtet die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme zum Bericht des behandelnden Psychiaters und bestätigt die bereits gestellten Anträge.

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 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 8. Oktober 2019 (act. II 46). Streitig und zu prüfen ist allein der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der IV (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I. Ziff. 1.).

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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

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).

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 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.

2.4 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 Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bzw. seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Der Hausarzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 11. Juli 2018 (act. II 9.2 S. 6) zu Handen der Taggeldversicherung eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schweren Grades, und eine Angststörung. Das Leiden hätte sich in den letzten sechs Monaten eingeschlichen. Er attestierte seit dem 23. April 2018 bis auf weiteres eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit.

3.1.2 Im Austrittsbericht der Klinik D. _____ vom 12. Juli 2018 (act. II 13), über die Hospitalisation vom 23. Mai bis 4. Juli 2018, wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), soziale Phobien (ICD-10 F40.1) und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) diagnostiziert. Der Patient klagte über grosse Angst vor sozialen Situationen und grösseren Menschenansammlungen. Er sei bereits als Kind scheu gewesen und habe später auch in der Berufsschule unter nervösen Zuständen in sozialen Situationen gelitten. Plötzlich seien Panikattacken aufgetreten. Er habe das Gefühl, sich sein bisheriges Leben ausschliesslich angepasst zu haben und nur das gemacht zu haben, was andere von ihm wollten. Dies wolle er nun nicht mehr (act. II 13 S. 1). Eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz könne er sich nicht vorstellen (act. II 20 S. 2). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % vom 23. Mai bis 15. Juli 2018 (act. II 13 S. 5).

3.1.3 Die Behandler der Klinik E. _____ nannten im Bericht vom 19. Oktober 2018 (act. II 22), über die Hospitalisation vom 19. Juli bis 14. Oktober 2018, als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1), eine arterielle Hypertonie und einen Status nach Kolonkarzinom-Operation (2015). Es handle sich diagnostisch um eine schizoide Persönlichkeitsstörung, da die Symptomatik schon seit der Jugend bestehe. Die Verhaltensmuster weich-

ten deutlich von der Norm im Bereich der Kognition, der Affektivität und in der Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen ab, erzeugten einen persönlichen Leidensdruck und seien so ausgeprägt, dass sie unangepasst und unzweckmässig seien. Weiter zeige der Patient nur an wenigen Tätigkeiten Freude, es bestehe ein abgeflachter Affekt und er bevorzuge Tätigkeiten die alleine durchzuführen seien. Ausser der Familie habe er keine anderen vertrauensvollen Beziehungen und es bestehe in der Interaktion ein deutlich mangelhaftes Gespür für soziale Normen. Zudem weise er deutlich ausgeprägte paranoide Persönlichkeitszüge auf. Sie attestierten eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vom 19. Juli bis 26. Oktober 2018. Der Patient sei aufgrund seiner schizoiden Persönlichkeitsstörung und dem damit verbundenen energetischen Mehraufwand in sozialen Interaktionen, in der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit und somit auch in der Flexibilität in seinem Verhalten und Denken so eingeschränkt, dass er eine professionelle Unterstützung beim beruflichen Wiedereinstieg bedürfe (act. II 22 S. 4).

3.1.4 Im Bericht vom 13. Januar 2019 (act. II 27) vermerkte der behandelnde Psychiater Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, zuhause unter „geschützten“ Bedingungen etwas stabilisiert (ICD-10 F33.2), eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1), eine arterielle Hypertonie und einen Status nach Kolonkarzinom. Der Patient lebe seit Klinikaustritt zurückgezogen zuhause und vermeide praktisch jeglichen Aussenkontakt. Ausserhäusliche Aktivitäten/Arbeiten könne sich der Patient nicht vorstellen. Er reagiere massiv mit Stress, depressiven Symptomen, vegetativen Beschwerden bei Erwartungen von aussen (act. II 27 S. 2). Seit Frühling 2018 bestehe bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. II 27 S. 3). Es bestünden psychisch-körperliche Einschränkungen im Sinne von massiver Stressintoleranz, vegetativen Störungen, Ängsten, Verunsicherung, rascher Erschöpfbarkeit/erhöhtem Erholungsbedarf, massiven Rückzugsbedarf, Ängsten vor Exposition vor Gruppen. Die bisherige Erwerbstätigkeit dürfte nicht mehr zumutbar sein. Aktuell sei schwer beurteilbar, welche Tätigkeiten noch zumutbar seien (act. II 27 S. 4).

3.1.5 Die Ärztin des RAD, Dr. med. G. _____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Stellungnahme vom 12. März 2019 (act. II 34 S. 4 ff.) aus, die attestierten Diagnosen im psychiatrischen Fachgebiet (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, soziale Phobien, schizoide Persönlichkeitsstörung) seien nicht unter Zugrundelegung der ICD-10-Diagnosekriterien und unter Berücksichtigung weder der Ausschlusskriterien (Zweckverhalten) noch der Differentialdiagnosen (unzureichend eingestellter Bluthochdruck, Alkoholmissbrauch, Arbeitsplatzkonflikt) objektiv gesichert, sondern lediglich aus den anamnestischen Angaben des Versicherten hergeleitet. Die aktenkundigen Diskrepanzen zwischen dem subjektiven Befinden (mit der Tendenz zur Dramatisierung bezüglich der eigenen Person) und den hierzu fehlenden objektiven Befunden (Diskrepanz Befinden/Befunde) als auch die aktenkundige Beschwerdeausweitung (Symptom-Crescendo) trotz der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungssysteme (Diskrepanz Beschwerdezunahme trotz therapeutischer Zuwendung) sprächen zum einen für einen unnatürlichen Verlauf und zum anderen für ein Zweckverhalten (Aggravation, Simulation). Die dokumentierten Laborparameter (2018) als auch die dokumentierten klinischen Parameter (normales Pulsverhalten, normale Darmgeräusche, normale Hautfarbe) sprächen sowohl gegen die behauptete vegetative Übererregbarkeit als auch gegen das Vorliegen einer akuten/chronischen Stressreaktion. Ein arterieller Bluthochdruck sei mit ausreichendem Effekt behandelbar. Die dokumentierten EKG-Verlaufs-kontrollen seien normal gewesen. Ein Alkoholmissbrauch sei nicht IV-relevant, zumal laborchemisch keine Hepatopathie vorliege. Auch im somatischen Fachgebiet lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf das berufliche Leistungsvermögen vor. Zusammengefasst sei die seit dem 23. April 2018 attestierte Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nicht plausibel, weil bisher keine leistungsrelevanten Diagnosen im psychiatrischen Fachgebiet hätten objektiv gesichert werden können sowie die subjektiven und umgebungsabhängig wechselnden Befindlichkeitsstörungen keinen Krankheitswert hätten. Dauer und Höhe der attestierten Arbeitsunfähigkeit seien somit weder objektiv begründet noch medizinisch plausibel. Es lägen keine objektiven Befunde vor, die eine Einschränkung des quantitativen und/oder des qualitativen Leistungsvermögens begründen könnten. Der Versicherte werde auch weiterhin für fähig erachtet, seine bisherige Tätigkeit als ... mit den

genannten Teiltätigkeiten bis zu einem 100 %-Pensum zu verrichten, so auch jede Tätigkeit, die seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten entspreche (act. II 34 S. 8). Dieser Zustand habe bereits am 23. April 2018 vorgelegen (act. II 34 S. 9).

3.1.6 Am 30. April 2019 berichtete Dr. med. F. _____, gemäss Austrittsbericht der Klinik E. _____ vom 19. Oktober 2018 bestehe diagnostisch u.a. eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1), die auf umfassende diagnostische, testpsychologische, anamnestische und symptombezogene Abklärungen abgestützt sei. Dies werde in der RAD-Beurteilung vom 12. März 2019 nicht berücksichtigt, weshalb die zusammenfassende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht als vollständig bzw. nicht als auf das gesamte Krankheitsbild abgestützt angesehen werden müsse (act. II 43 S. 24).

3.1.7 In der Stellungnahme vom 24. September 2019 (act. II 45) legte Dr. med. G. _____ dar, dass die inhaltlichen Inkonsistenzen im Antwortverhalten in den Testerhebungen (Persönlichkeits-Störungs-Inventar [PSSI] vom 12. September 2019; Strukturiertes Klinisches Interview zu Persönlichkeitsstörungen [SKID-II] vom 10. September 2019) im gleichen Erhebungszeitraum für Tendenzantworten/Tendenzverhalten und gegen das objektive Vorliegen einer (krankheitswertigen) Störung sprächen. Persönlichkeitsmerkmale seien lebenszeitstabile persönlichkeits-eigene Denk- und Verhaltensmuster, die beim Versicherten bereits 1987 zum Zeitpunkt seines erfolgreichen Abschlusses als ... im Alter von 20 Jahren vorgelegen hätten. Er sei zuletzt und seit 2011 in dem Beruf als ... mit einem 100 % Pensum mit den ihm eigenen Persönlichkeitsmerkmalen bis zum Chefwechsel am Arbeitsplatz erfolgreich tätig gewesen. Seine persönlichkeits-eigenen Denk- und Verhaltensmuster könnten deshalb in keiner Weise invalidisierend sein (act. II 45 S. 4). Zusammengefasst würden (auch im Vorbescheidverfahren) keine neuen medizinischen Fakten vorgelegt, die die Dauer und die Höhe der attestierten Arbeitsunfähigkeit objektiv und plausibel nachvollziehbar begründen könnten. Es würden keine objektiven Befunde vorgelegt, die eine Einschränkung des quantitativen und/oder qualitativen Leistungsvermögens objektiv begründen könnten. Es bestehe Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für alle Tätigkeiten, die

den Fähigkeiten und Fertigkeiten des Versicherten entsprechen, bis zu einem 100 % Pensum, so auch in der angestammten und zuletzt ausgeübten Tätigkeit (act. II 45 S. 6).

3.1.8 Im Bericht vom 21. Oktober 2019 (act. II 48 S. 16 f.) erläuterte Dr. med. F. _____, unter Nennung der Diagnose schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1), es bestünden aktuell weiterhin persistierende therapieresistente Symptome im Rahmen der gemäss Abklärung in der Klinik E. _____ festgestellten Persönlichkeitsstörung (schizoide Persönlichkeitsstörung). Deren Ergebnisse würden vom RAD nur aufgrund von Aktenkenntnissen bzw. ohne den Patienten jemals gesehen und eingehend untersucht zu haben infrage gestellt. Aufgrund der differenzierten Abklärungen in der Klinik E. _____ seien objektive Befunde erhoben worden, die in seiner Sprechstunde die aktuell gegebenen bzw. bisherigen Befunde bestätigten und die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung abbildeten. Die gemäss RAD-Bericht festgestellten Inkonsistenzen im Antwortverhalten und die daraus abgeleiteten möglichen Hinweise für Simulation seien nicht nachvollziehbar. Dass die Persönlichkeitsmerkmale als lebenszeitstabile persönlichkeitsseigene Denk- und Verhaltensmuster vermutlich schon seit Kindheit bzw. mindestens ab (act. II 48 S. 16) frühem Erwachsenenalter gegeben sein dürften, stehe nicht im Widerspruch zu der noch über viele Jahre gegebenen Arbeitsfähigkeit bzw. der erst kürzlich stattgefundenen psychischen Negativentwicklung. Es habe vermutlich über viele Jahre ein ausgeprägtes, alle Lebensbereiche betreffendes Muster von Anpassung, Selbstentwertung, Selbstverleugnung, mit massiven Auswirkungen auf die Lebensqualität bestanden. Dieses langjährige pathologische Muster im Dienste einer Erhaltung des Funktionierens, insbesondere im Arbeitsalltag, habe – vermutlich ausgelöst durch die durchgemachte Krebserkrankung – nun versagt bzw. sei nicht mehr aufrecht zu erhalten gewesen und dürfte die aktuelle psychische Dekompensation mit dem ausgeprägten Symptomkomplex mit ausgelöst haben (act. II 48 S. 17).

3.1.9 In der im Rahmen der Beschwerdeantwort eingereichten Stellungnahme des RAD vom 9. Dezember 2019 (in den Gerichtsakten) führte Dr. med. G. _____ aus, zusammengefasst hätten seit dem 23. April 2018 klinisch, laborchemisch und elektrokardiografisch keine Zeichen einer

akuten oder einer chronischen Stress-Reaktion und klinisch (psychisch, somatisch) keine Zeichen einer chronischen Stress-Folgeerkrankung (Depression, Angststörung) objektiv gesichert werden können. In ganzheitlicher Längsschnittbetrachtung schlossen sämtliche dokumentierten Normalbefunde im Psychostatus, im Somastatus (keine Stress-Reaktionen) und laborchemisch das Vorliegen einer krankhaften Depression als auch einer krankhaften Angststörung zweifelsfrei aus. Rigide Denkmuster und stereotype, situativ unangemessene Verhaltensmuster – wie sie für eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 charakteristisch seien – hätten bisher ebenfalls nicht objektiviert werden können. Die aus den Selbsteinschätzungserhebungen (PSSI, SKID-II) abgeleitete Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung habe klinisch nicht objektiviert werden können. Die Analyse des Antwortverhaltens anlässlich der Selbsteinschätzungserhebungen habe inhaltliche Diskrepanzen erkennen lassen. Die Testantworten seien nicht konsistent zu seinen – zu verschiedenen Zeitpunkten und von unterschiedlichen Behandlern beobachteten – freundlich-aufmerksamen Kontaktverhalten und seiner selbstbenannten „Feinfühligkeit“ (S. 6). Im psychiatrischen Fachgebiet hätten somit bisher keine Diagnosen mit Auswirkung auf das berufliche Leistungsvermögen objektiv gesichert werden können. Die vorgetragenen subjektiven Beschwerden gingen nicht über Befindlichkeitsstörungen hinaus. Für Zweckverhalten einschliesslich Simulation sprächen: Die Diskrepanz zwischen subjektivem Erleben und den hierzu fehlenden objektiven Korrelaten. Die aktenkundige Beschwerdeausweitung (Symptom-Crescendo) trotz der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungssysteme. Inkonsistenzen im Antwortverhalten zwischen den Angaben im Gespräch und denjenigen in den Selbsteinschätzungsverfahren. Inkonsistenzen in den Testantworten im Vergleich zur Klinik. Der arterielle Bluthochdruck sei mit ausreichendem Effekt behandelbar. Auch im somatischen Fachgebiet lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf das berufliche Leistungsvermögen vor.

3.1.10 Dr. med. F. _____ hielt in der im Beschwerdeverfahren eingereichten Stellungnahme vom 27. Dezember 2019 (act. I 6) fest, aufgrund eines langen Klinikaufenthaltes in der Klinik E. _____ habe ein offensichtlich zuverlässiges Symptommuster erhoben werden können, ergänzt mit Testabklärungen, mit in der Folge zuverlässiger Diagnoseerhebung. Da

diese Befunderhebungen nicht in Widerspruch zu seinen Befunden in den Sprechstunden gewesen seien, erscheine es plausibel, diesen – sowie der sich daraus ergebenden Diagnosen – objektiv Gültigkeit zu geben. Diese Feststellungen gälten auch für die in der RAD-Stellungnahme bemängelte „behauptete ausgeprägte vegetative Labilität“, die zu keinem Zeitpunkt hätte objektiviert werden können. Es sei doch gerade ein Kennzeichen von vegetativen Symptomen, dass sie vorwiegend unter Stress aufträten und daher auch im vorliegenden Fall, im „quasi geschützten“ Sprechstunden- bzw. Klinikrahmen nur begrenzt manifest würden. Unauffällige Laborkontrollen, kardiologische und weitere somatische Abklärungen/Untersuchungs-befunde könnten nicht als Ausschlusskriterium für diese Art Störungen gelten. Die glaubhaft und nachvollziehbar geschilderten, teilweise schweren vegetativen Symptome, hätten ihm, wie offenbar auch den anderen behandelnden Fachärzten nie Anlass gegeben, dass etwas vorgelogen oder simuliert worden sei (S. 2). Die Testergebnisse (SKID II und PSSI) seien konsistent, beruhten auf einer sorgfältigen Erhebung durch entsprechende Fachpersonen und stünden im Einklang mit den klinischen Befunden im Rahmen der bisher erfolgten regelmässigen Sprechstundenkontakten. Nicht nachvollziehbar bzw. unverständlich und unzulässig sei, ein „zugängliches, evtl. freundliches, evtl. differenziertes, aufmerksames Verhalten im Gespräch“ oder auch etwa ein „gegebenes Lächeln“ pauschal als „Fehlen“ einer Depression, einer Angststörung oder eben auch einer Persönlichkeitsstörung auszulegen, da die „geschützte Sprechstunden- oder Kliniksituation“ durchaus solche Affekte bzw. Verhaltensmuster kurzzeitig ermöglichen könne. Bisher sei aufgrund der gut validierten Befunderhebungen primär von einer schizoiden Persönlichkeitsstörung ausgegangen worden. Gemäss Aktenlage stünden weitere Persönlichkeiten/Persönlichkeits-merkmale/Persönlichkeitsstörungen nicht im Vordergrund. Es bestünden durchaus Überlappungen, Abgrenzungsschwierigkeiten bzw. Komorbiditäten zwischen den einzelnen Störungen. Diese schlossen sich gegenseitig überhaupt nicht aus (S. 3).

3.2 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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4 S. 467 ff., je mit Hinweisen). Auch reine Aktegutachten können beweiskräftig sein, sofern 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 des RAD (Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 2. Februar 2016, 8C_674/2015, E. 2.2.1, vom 7. Januar 2016, 9C_780/2015, E. 3.1.1, vom 29. Oktober 2015, 9C_610/2015, E. 3.1).

3.3 Nach der medizinischen Aktenlage litt der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben bereits seit seiner Kindheit an Depressionen und verschiedenen Ängsten. Zu den Eltern und insbesondere zur Mutter soll er zunächst ein konfliktbezogenes Verhältnis gehabt haben und er soll auch Mühe gehabt haben, wenn er kritisiert worden ist (act. II 9.2 S. 1, act. II 13 S. 1 f.). Wie bereits vor 20 Jahren sei die aktuelle depressive Dekompensation als Reaktion auf Veränderungen im Betrieb (Wechsel des

Vorgesetzten und organisatorische Veränderungen, mit welchen der Beschwerdeführer nicht einverstanden sei) zu werten. Er habe das Gefühl, sich bislang angepasst zu haben, was er nicht mehr gewillt sei zu tun (act. II 13 S. 1 f., act. II 20 S. 1) und weshalb er nicht mehr arbeiten wolle. Eine ausserhäusliche Arbeitstätigkeit sei für ihn nicht vorstellbar (act. II 27 S. 4, act. II 32 S. 2). Während die Behandler der Klinik D. _____ nebst einer (rezidivierenden) depressiven Störung die erhobenen Befunde und die vom Beschwerdeführer bekundete Haltung, aufgrund der erlebten Schwierigkeiten nicht mehr arbeiten zu wollen, unter die Diagnose F40.1 (Soziale Phobien) und Z73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten der Lebensbewältigung) subsumieren (act. II 9 S. 2, act. II 13 S. 1), halten die Ärzte der Klinik E. _____ hierfür die Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung (F60.1) für angebracht (act. II 22 S. 1). Die Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung wird in der Folge vom behandelnden Psychiater übernommen und verteidigt (act. II 27 S. 2, act. II 32 S. 2, act. II 36.2 S. 4, act. II 43 S. 24, act. I 6).

Die Psychiaterin des RAD, Dr. med. G. _____, weist in ihren Stellungnahmen vom 12. März, 24. September und 9. Dezember 2019 mit nachvollziehbarer Begründung darauf hin, dass die Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung, welche den Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit vollumfänglich einschränken soll, nicht hinreichend ausgewiesen und begründet sei, gründe sie doch ausschliesslich auf den subjektiven Angaben sowie Denk- und Verhaltensmustern des Beschwerdeführers, welche ihn bislang nicht gehindert hätten, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Zudem ergäben sich Diskrepanzen zwischen dem subjektiven Befinden und den hierzu fehlenden klinischen Befunden (vgl. act. II 34 S. 8, act. 45 S. 3 ff. und Stellungnahme vom 9. Dezember 2019 [in den Gerichtsakten]). Damit wird jedoch einzig die entsprechende Diagnose infrage gestellt, indessen kann daraus nicht ohne weitere Abklärung und unter Verzicht auf eine persönliche Untersuchung geschlossen werden, die persönlichkeits-eigenen Denk- und Verhaltensmuster seien in keiner Weise invalidisierend (vgl. dazu act. 45 S. 4) bzw. es liege kein sozialversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor. Die Psychiaterin des RAD weist denn auch selbst darauf hin, Dr. med. F. _____ habe die Befunde, welche für seine Beurteilung sprächen, ungenügend dokumentiert

(Stellungnahme vom 9. Dezember 2019 S. 3 [in den Gerichtsakten]). Ergeben die Akten wie vorliegend kein vollständiges Bild hinsichtlich des (fach)medizinischen Sachverhalts, kann somit auf die gestützt darauf erfolgte (rein aktenmässige) Beurteilung der RAD-Ärztin nicht abgestellt werden (vgl. E. 3.2 hiervor und RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.4 Beweisgegenstand bildet damit die Frage, ob die vom behandelnden Psychiater geteilte Vorstellung des Beschwerdeführers, aufgrund seiner Psyche keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen zu können (vgl. dazu act. II 32 S. 2, act. II 13 S. 1), auf einem psychischen Gesundheitsschaden gründet, welcher einer beruflichen Wiedereingliederung trotz der Befolgung von adäquaten Therapiemassnahmen als unmöglich erscheinen lässt. Zur Klärung dieser Frage wird die Beschwerdegegnerin, nach Einholung der vollständigen Unterlagen zur Behandlung des psychischen Leidens durch die beiden Kliniken (D. _____ und E. _____) sowie derjenigen von Dr. med. F. _____ und allenfalls derjenigen von Dr. med. C. _____, welcher den Beschwerdeführer bereits im Zeitpunkt der früheren psychischen Dekompensation behandelt haben dürfte (vgl. dazu act. II 1 S. 7: seit 1995), ein verwaltungsexternes psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben haben.

3.5 Der Sachverhalt erweist sich damit als nicht hinreichend abgeklärt und die Beschwerdegegnerin hat es, nachdem die Psychiaterin des RAD die vom behandelnden Arzt gestellte Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung mit überzeugender Begründung infrage gestellt hat, unterlassen, die Akten zu vervollständigen und hiernach den medizinischen Sachverhalt im Rahmen einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers ergänzend abzuklären. Bei dieser Sachlage ist der Eventualantrag im Sinne der Anordnung eines Gerichtsgutachtens (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. 1 Ziff. 2) abzuweisen, ist es doch nicht Aufgabe des Gerichts, stellvertretend für die Verwaltung im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungsmassnahmen nachzuholen.

3.6 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 8. Oktober 2019 (act. II 46) aufzuheben ist und die Akten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sind

zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen. Soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

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 dem Beschwerdeführer 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). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1).

In der Kostennote vom 14. Februar 2020 hat Rechtsanwalt B. _____ einen zeitlichen Aufwand von 10.92 Stunden à Fr. 270.-- und damit ein Honorar von Fr. 2'948.40 sowie Auslagen von Fr. 159.40 und die Mehrwertsteuer in der Höhe von Fr. 239.30 (7.7 % auf Fr. 3'107.80) geltend gemacht. Dies ist nicht zu beanstanden. Der Parteikostenersatz wird demnach auf Fr. 3'347.10 festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 8. Oktober 2019 aufgehoben wird und die Akten an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen. Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'347.10 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (mitsamt Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 4. März 2020)
 - 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.

Hinweis: Bezüglich einer allfälligen Verlängerung der oben erwähnten Frist siehe auch die Verordnung des Schweizerischen Bundesrats vom 20. März 2020 über den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19 [SR 173.110.4]).