

200 20 115 IV
WIS/REL/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. November 2020

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Bischof

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. Januar 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1966 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) verfügt über keine Berufsbildung und war zuletzt als ... in einem Pensum von 100 % erwerbstätig (Antwortbeilage der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 2). Am 26. November 2017 meldete er sich unter Hinweis auf eine seit April desselben Jahres bestehende schwere Depression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (AB 2). Die IVB nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor und stellte gestützt auf einen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD [AB 72]) mit Vorbescheid vom 14. Oktober 2019 (AB 74) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels Vorliegens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Damit zeigte sich der Versicherte – vertreten durch Rechtsanwältin B._____ – mit Einwand vom 23. Dezember 2019 (AB 78) nicht einverstanden und beantragte die Ausrichtung der ihm gesetzlich zustehenden IV-Leistungen sowie die Einholung eines medizinischen Gutachtens. Am 8. Januar 2020 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend und verneinte den Anspruch auf IV-Leistungen (AB 80).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte – weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin B._____ – am 6. Februar 2020 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Er beantragt die Ausrichtung der ihm gesetzlich zustehenden IV-Leistungen sowie die Einholung eines gerichtlichen Gutachtens zur Klärung des Sachverhaltes.

Mit Schreiben vom 20. Februar 2020 liess er aktuelle medizinische Berichte zu den Akten reichen.

Mit Beschwerdeantwort vom 9. März 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

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. Januar 2020 (AB 80). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV.

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 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).

2.2.1 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).

2.2.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische

Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294).

2.3 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

2.4 Um den IV-Grad 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 Zum Gesundheitszustand und zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Arztzeugnis vom 12. Juni 2017 (AB 15.1 S. 4) nannte die behandelnde Hausärztin Dr. med. C._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, die Diagnose einer reaktiven depressiven Symptomatik, verwies auf seit längerer Zeit bestehende Probleme am Arbeitsplatz und attestierte ab dem 25. April 2017 bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

3.1.2 Die Ärzte des psychiatrischen Dienstes des Spitals D._____ nannten nach der stationären Behandlung vom 31. Mai 2017 bis zum 13. Juli 2017 im Austrittsbericht vom 18. Juli 2017 (AB 32 S. 16 ff.) die Diagnosen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2), differentialdiagnostisch ein Burnout-Syndrom bei belastender Arbeitssituation (S. 16). Der Beschwerdeführer trete in gebesserem Zustand aus (S. 18). Im Bericht vom 19. Juli 2017 (AB 15.1 S. 1 ff.) zu Händen der Taggeldversicherung wiederholten die Ärzte die Diagnose und hielten fest, dass der Beschwerdeführer bis zum stationären Aufenthalt 100 % arbeitsunfähig gewesen und die zukünftige Arbeitsfähigkeit durch den ambulanten Therapeuten zu beurteilen sei. Aufgrund des positiven Verlaufs könne auf eine günstige Prognose geschlossen werden. Das Tempo und das Ausmass des beruflichen Wiedereinstiegs hängten vom ambulanten Verlauf ab (S. 2).

3.1.3 Nach einem weiteren stationären Aufenthalt vom 6. September 2017 bis zum 23. Oktober 2017 diagnostizierten die Fachärzte des psychiatrischen Dienstes des Spitals D._____ im Austrittsbericht vom 23. Ok-

tober 2017 (AB 11 S. 2) bzw. vom 15. Dezember 2017 (AB 32 S. 13 ff.) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) und differentialdiagnostisch ein Burnout-Syndrom bei belastender Arbeitssituation bzw. Spannungskopfschmerzen/Migräne. Der Beschwerdeführer trete am 30. Oktober 2017 in die Klinik E. _____ ein. Dort wurde ihm für die Dauer der tagesklinischen Behandlung bis voraussichtlich am 21. Januar 2017 (recte: 2018) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (AB 11 S. 1).

3.1.4 Die Fachärzte für psychosomatische Medizin des Spitals F. _____, stellten im Bericht vom 8. Februar 2018 (AB 32 S. 9 ff.) die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischem Syndrom sowie eines ausgedehnten Lappen-/Schrägrisses des medialen Meniskus Knie links im Jahr 2006. Es bestehe keine Indikation für eine Übernahme der Behandlung auf der psychosomatischen Abteilung, vielmehr scheine eine ambulante psychiatrische Begleitung sinnvoll (S. 12).

3.1.5 Im Bericht vom 12. Juni 2018 (AB 24) nannte der Oberarzt des Ambulatoriums E. _____, med. pract. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4 Ziff. 2.5):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (Februar 2018, ICD-10: F33.1), vorher hätten die Symptome einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) entsprochen,
- Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung: akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Anteilen (November 2017; ICD-10: Z73).

Seit dem 26. Mai 2017 bestehe für die Tätigkeit als ... eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2 Ziff. 1.3). Aktuell gehe es dem Beschwerdeführer etwas besser, die Behandlung in der Klinik, therapeutische Gespräche im Ambulatorium und medikamentöse Behandlungen hätten seine Skills und Coping-Strategien vergrössert (S. 3 Ziff. 2.2). Es sei noch kein genaues Datum bezüglich des Wiedereinstiegs in die Arbeit vorgesehen (S. 4 Ziff. 2.7), ein gemeinsames Gespräch mit dem Arbeitgeber bezüglich der Wiedereingliederung werde voraussichtlich im Juli 2018 stattfinden.

3.1.6 Die Hausärztin Dr. med. C. _____ hielt im Bericht vom 3. September 2019 (recte: 2018 [AB 32 S. 1 ff.]) die Diagnosen einer schweren depressiven Episode ohne psychotischen Symptome (ICD-10: F32.2) und differentialdiagnostisch ein Burnout-Syndrom bei belastender Arbeitssituation fest (S. 4 Ziff. 2.5). Vom 24. April 2017 bis zum 2. September 2018 habe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, seit dem 3. September 2018 liege vorläufig eine solche von 50 % vor (S. 3 Ziff. 1.3). Es bestehe eine gute Prognose und vermutlich werde der Beschwerdeführer ab Ende Jahr wieder zu 100 % arbeiten können (S. 5 Ziff. 2.7).

3.1.7 Die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fasste im Bericht vom 4. Januar 2019 (AB 37) die vorliegenden medizinischen Berichte zusammen und hielt fest, dass die Diagnosekriterien nach ICD-10 nicht objektiv gesichert seien, da es an einem Psychostatus fehle, welcher die Diagnose begründen könnte (S. 7). Ausschlussdiagnosen seien differentialdiagnostisch nicht berücksichtigt. In der Gesamtschau sei eine primäre psychiatrische Grunderkrankung nicht ausgewiesen (S. 8). Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe nur für die Zeit der stationären und der teilstationären Behandlungen eine Arbeitsunfähigkeit. Eine darüberhinausgehende Arbeitsunfähigkeit sei im psychiatrischen Fachgebiet nicht objektiv begründet und nicht plausibel nachvollziehbar. Zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in somatischer Hinsicht liess sie weitere Informationen bei den behandelnden Fachärzten einholen.

3.1.8 Prof. Dr. med. I. _____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie und Praktischer Arzt, konnte im Bericht vom 6. März 2019 (AB 49 S. 3 ff.) auf seinem Fachgebiet weder eine Diagnose erheben noch eine Arbeitsunfähigkeit attestieren (S. 3 Ziff. 1.3 und S. 5 Ziff. 2.5).

3.1.9 Med. pract. G. _____ des Ambulatoriums E. _____ hielt im Verlaufsbericht vom 7. März 2019 (AB 54) erneut die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), deren Symptome früher einer schweren Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) entsprochen hätten, und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Anteilen (ICD-10: Z73) fest (S. 2). Es habe vom 12. Juni 2018 bis zum 23. September 2018 eine vollständige

Arbeitsunfähigkeit bestanden, danach eine solche von 50 % mit einer Leistungseinschränkung von 30 % und seit dem 13. November 2018 bis zum 20. März 2019 bestehe wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3 f.). Zunächst habe sich die Situation des Beschwerdeführers verbessert, er habe einen geplanten, mit dem Arbeitgeber vereinbarten Wiedereinstieg mit 50 % Anwesenheit und 30 % Leistungsfähigkeit begonnen (S. 2). Aufgrund der Situation mit dem Sohn und dem Wiederauftreten von HNO-Beschwerden zusammen mit der Zunahme von Stress und Überforderung sei es erneut zu Schlafproblemen gekommen. Sobald sich die Beschwerden noch etwas verbesserten, könne wie vorher erneut ein Wiedereinstieg in die bisherige Arbeit stattfinden (S. 4). Wichtig dabei sei, dass der Beschwerdeführer sich nicht zu schnell überfordere und das Arbeitspensum zu schnell steigern, weil dann eine erneute Überforderung drohen könne. Als erster Schritt sei eine Anwesenheit von 50 % mit einer Leistungsfähigkeit von 30 % angemessen.

3.1.10 Nach der Durchführung verschiedener Blutanalysen (vgl. AB 63) hielt Dr. med. H. _____ am 5. Juni 2019 (AB 64) fest, dass laborchemisch und klinisch kein Hinweis auf eine akute oder chronische Stress- bzw. Distress-Reaktion oder auf eine akute oder chronische Entzündung vorliege. Eiweiss, Blutzucker und Schilddrüsenstoffwechsel sowie Leber- und Nierenfunktion seien normal (S. 2). Nebenbefundlich hätten sich erhöhte Blutfette gezeigt, was kontrollbedürftig sei; das Screening auf polyvalente Drogen sei negativ.

3.1.11 Im Bericht vom 15. August 2019 (AB 72) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ fest, dass in den seit der letzten RAD-Stellungnahme eingegangenen ärztlichen Berichten weiterhin die Diagnosen der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), sowie Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Anteilen (ICD-10: Z73) attestiert würden (S. 2 f.). Objektive Befunde im Sinne eines vollständigen Psychostatus nach AMDP lägen nicht vor und die Diagnosen seien nicht unter Berücksichtigung von Differentialdiagnosen gestellt worden (S. 3). Im somatischen Fachgebiet würden dem Beschwerdeführer folgende Diagnosen attestiert: habituelles Schnarchen mit Zeichen des

Upper Airway Resistance Syndrom (UARS), Verdacht auf obstruktive Ventilationsstörung, Schlafapnoe, arterielle Hypertonie sowie refluxbedingte Laryngitis gastrica. Prof. Dr. med. I. _____ dokumentiere eine uneingeschränkte Arbeitsunfähigkeit sowie die Fahreignung des Beschwerdeführers. Zusammengefasst hätten weder im psychiatrischen noch im somatischen Fachgebiet versicherungsmedizinisch relevante Erkrankungen vorgelegen und lägen auch aktuell nicht vor (S. 4). Dokumentiert seien weiterhin psychosoziale Belastungen, welche zur erneuten Arbeitsunfähigkeits-Attestierung geführt hätten. Dem Beschwerdeführer seien sämtliche Tätigkeiten, die seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprächen, bis zu einem Pensum von 100 % zumutbar.

3.1.12 Im Aufnahmebericht der psychiatrischen Dienste der J. _____ AG vom 13. Januar 2020 (Beschwerdebeilage [BB] 4) diagnostizierte der Oberarzt Dr. med. K. _____ eine rezidivierende Depression mit schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen, ausgeprägtem somatischem Syndrom, vor allem ausgeprägten Schlafstörungen und latenter Suizidalität (ICD-10: F33.3 [S. 3]). Klinisch seien ein anhaltendes Stimmungstief, Antriebsminderung, ein negatives Selbstbild und eine pessimistische Zukunftsperspektive feststellbar. Alle drei Säulen der Depressionssymptomatik seien damit erfüllt. Im Rahmen der Testung "Becks-Depressions-Inventar Version II" habe der Beschwerdeführer 51 Punkte erreicht, was einer schwersten depressiven Episode entspreche. Mit Anhedonie, Früherwachen, Morgentief, innerer Unruhe, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust übertreffe er die zur Diagnose eines somatischen Symptoms notwendigen vier Elemente. Eine Persönlichkeitsstörung habe nach dem ersten Kontakt nicht diagnostiziert werden können. Die Ausprägung des Zustandsbildes erlaube eine effektive Behandlung im ambulanten Rahmen nicht, es werde dem Beschwerdeführer dringend angeraten, sich im psychiatrischen Dienst L. _____ auf der Abteilung "Integrierte Depressionsbehandlung IDM" störungsspezifisch stationär behandeln zu lassen.

Dieser im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht ist – soweit den zeitlich massgebenden Sachverhalt bis zum Erlass der Verfügung vom 8. Ja-

nuar 2020 (AB 80) beschlagend – grundsätzlich zu berücksichtigen (vgl. BGE 131 V 9 E.1 S.11, 121 V 362 E.1b S.366).

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).

3.3 Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise auf einen somatischen Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. AB 49 S. 3) und Entsprechendes wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 8. Januar 2020 (AB 80) auf die Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ vom 15. August 2019 (AB 72) gestützt. Die RAD-Ärztin hält in diesem Bericht fest, dass weder im somatischen noch im psychiatrischen Fachgebiet eine versicherungsmedizinisch relevante Erkrankung vorliege und die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit ausschliesslich auf psychosoziale Belastungen zurückzuführen seien (S. 4). Dem

Beschwerdeführer seien deshalb sämtliche, seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechende Tätigkeiten zu 100 % zumutbar.

3.4.1 Grundsätzlich kommt Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte – anders als der Beschwerdeführer es in der Beschwerde vom 6. Februar 2020 ausführt (S. 8 Ziff. 3) – 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. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). 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. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65). Nach der Praxis sind zudem auch Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss allerdings lückenlos vorliegen und der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.4.2 Der letzte medizinische Bericht vor der abschliessenden RAD-Beurteilung vom 15. August 2019 (AB 72) und vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. Januar 2020 (AB 80) datiert vom 7. März 2019 (AB 54). Dass sich in der Zeit von März 2019 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung eine Veränderung in der gesundheitlichen Situation ergeben hätte, wird weder vom Beschwerdeführer geltend gemacht, noch fin-

den sich in den Akten entsprechende Hinweise, so dass von einer lückenlosen Befundlage auszugehen ist. Allerdings ergeben sich aus anderen Gründen Zweifel an der Aktenbeurteilung von Dr. med. H. _____ vom 15. August 2019 (AB 72), wie nachfolgend darzulegen ist.

3.4.3 Anders als die RAD-Ärztin, welche die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit ausschliesslich auf psychosoziale Belastungsfaktoren zurückführt (AB 72 S. 4), haben alle behandelnden Ärzte von 2017 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung im Januar 2020 durchgehend eine mittelgradige bis schwere Depression mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert (AB 11 S. 2, AB 15.1 S. 4, AB 24, AB 32 S. 1 ff., S. 9 ff. und S. 16 ff., AB 37, AB 49 S. 3 und AB 54). Während die Beurteilungen der behandelnden Ärzte auf persönlichen Untersuchungen und teilweise längeren Behandlungen basieren, handelt es sich bei der Einschätzung der RAD-Ärztin um eine reine Aktenbeurteilung. Es ist nicht nachvollziehbar, wie die RAD-Ärztin ohne eigene Untersuchung zum Schluss kommen konnte, dass eine psychiatrische Erkrankung nicht vorliegt und nie vorgelegen hat (AB 72 S. 4), denn wie sie selbst feststellt, mangelt es an objektiven Befunden (vollständiger Psychostatus nach AMDP) und setzt doch auch der Ausschluss eines psychisch relevanten Gesundheitsschadens einen vollständig erhobenen Psychostatus voraus. Zudem wurde in sämtlichen vorliegenden Berichten ausnahmslos und durchgehend eine Depression diagnostiziert. Zwar kann aufgrund der Aktenlage tatsächlich davon ausgegangen werden, dass sich die verschiedenen psychosozialen Belastungssituationen – insbesondere am Arbeitsplatz und allenfalls auch bezüglich der Erziehung des Sohnes – auf den psychischen Zustand des Beschwerdeführers ausgewirkt und die diagnostizierte Depression gar ausgelöst haben könnten, wenn die Hausärztin zunächst eine reaktive Depression unter Hinweis auf längerdauernde Probleme am Arbeitsplatz diagnostizierte (AB 15.1 S. 4). Der psychische Zustand des Beschwerdeführers hat sich denn auch jeweils während der Klinikaufenthalte bei verminderter Exposition gegenüber den psychosozialen Belastungssituationen gebessert (AB 24 S. 3 Ziff. 2.2 und AB 32 S. 18). Doch selbst unter Berücksichtigung dieser Besserung der psychischen Verfassung attestierten die behandelnden Ärzte und Psychiater, welche den Beschwerdeführer während einer gewissen Zeit begleitet haben, bei den Austritten aus den stationären Behandlungen

zumindest eine mittelgradige (AB 24 S. 4 Ziff. 2.5), zeitweise gar eine schwere depressive Episode (AB 32 S. 16). Aufgrund der gesamten Aktenlage bestehen deshalb berechnete Zweifel an der Beurteilung der RAD-Ärztin und gewisse Hinweise darauf, dass beim Beschwerdeführer ein psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen hat und vorliegt und einzig dessen Schweregrad durch die psychosozialen Belastungssituationen beeinflusst wird. Wie es sich damit jedoch im Detail verhält erschliesst sich aus den Akten nicht restlos.

Schliesslich kann auch der Aufnahmebericht der J._____ AG vom 13. Januar 2020 (BB 4), in welchem eine rezidivierende Depression mit einer schweren Episode mit psychotischen Symptomen, ausgeprägtem somatischem Syndrom (vor allem ausgeprägten Schlafstörungen und latenter Suizidalität) diagnostiziert wurde, vorliegend nicht gänzlich ausgeblendet werden. Zwar ist die Aufnahme in die psychiatrischen Dienste der J._____ AG erst fünf Tage nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. Januar 2020 (AB 80) erfolgt, doch lässt der Bericht vom 13. Januar 2020 (BB 4) gerade mit Blick auf diese kurze Zeitspanne auch Rückschlüsse auf den hier zu beurteilenden Sachverhalt zu. So wurden beim Eintritt in die psychiatrischen Dienste der J._____ AG klinisch unter anderem explizit ein *anhaltendes* Stimmungstief sowie eine Antriebsminderung festgestellt, was auf ein schon länger dauerndes Geschehen schliessen lässt. In Kombination mit den übrigen vorliegenden Berichten der behandelnden Ärzte und den dort gestellten Diagnosen bzw. deren Schweregrad drängt sich die Schlussfolgerung auf, dass die affektiven Symptome, derentwegen die rezidivierende Depression mit schwerer depressiver Episode (ICD-10: F33.3) diagnostiziert wurde, eine längere Vorgeschichte haben müssen und damit auch den zu beurteilenden Zeitraum bis zur Verfügung vom 8. Januar 2020 (AB 80) betroffen haben können. Wenn die Psychiater der J._____ AG im Bericht vom 13. Januar 2020 (BB 4) schliesslich ausführten, dass alle drei Säulen der Depressionssymptomatik (anhaltendes Stimmungstief, Antriebsminderung, ein negatives Selbstbild und eine pessimistische Zukunftsperspektive) beim Beschwerdeführer erfüllt seien, vermag dies die Beurteilung der RAD-Ärztin ebenfalls in Frage zu stellen, hat diese doch die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen mit der Begründung beanstandet, dass keine objektiven

Befunde vorliegen würden und die Diagnose einer Depression nicht unter Berücksichtigung einer Differenzialdiagnose gestellt worden sei (AB 72 S. 3 oben).

3.4.4 Nach dem Dargelegten bestehen Zweifel an der Aktenbeurteilung der RAD-Psychiaterin Dr. med. H. _____ vom 15. August 2019 (AB 72). Eine dem Untersuchungsgrundsatz gerecht werdende hinreichende Abklärung ist bis anhin unterblieben und die Abgrenzung zwischen psychosozialen Belastungssituationen (E. 2.3 vorstehend) und dem Vorliegen einer allenfalls invalidisierenden Diagnose lässt sich anhand der zur Verfügung stehenden Berichte nicht abschliessend vornehmen.

Wird wie vorliegend die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch nachvollziehbare Berichte der behandelnden Ärzte in Zweifel gezogen (E. 3.4.3 hiervor), genügt der pauschale Hinweis auf deren auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr bedarf es hier einer (monodisziplinären) psychiatrischen Begutachtung (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469). Hinsichtlich des gestellten Eventualantrags (Beschwerde vom 6. Februar 2020 S. 2 Ziff. I Ziff. 2) gilt es darauf hinzuweisen, dass die Aufgabe der erstmaligen spezialärztlichen Begutachtung im Rahmen der Untersuchungsmaxime primär der Verwaltung zufällt. Die Sache ist deshalb unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BGE 137 V 210) zur umfassenden Abklärung der psychiatrischen Situation an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. E. 3.4.1 vorstehend).

3.5 Das Vorbringen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 9. März 2020 (S. 4), wonach selbst bei Vorliegen eines Gesundheitsschadens aufgrund der rechtlichen Nachprüfung der Indikatoren gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 141 V 281) eine Invalidität verneint werden müsste, kann nach dem vorstehend Dargelegten nicht gefolgt werden, denn der Sachverhalt erweist sich mangels gesicherter Diagnosen (vgl. dazu AB 72 S. 3) auch für eine Indikatorenprüfung als ungenügend abgeklärt.

4.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde vom 6. Februar 2020 gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 8. Januar 2020 (AB 80) ist aufzuheben. Die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine psychiatrische Begutachtung gemäss den vorstehenden Erwägungen in Auftrag gebe und anschliessend gestützt darauf neu verfüge.

5.

5.1 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.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 24. März 2020 macht Rechtsanwältin B. _____ eine Parteientschädigung von total Fr. 5'210.20, bestehend aus einem Honorar von Fr. 4'725.–, Auslagen von Fr. 112.70 und Mehrwertsteuer von Fr. 372.50, geltend. Dies erscheint angesichts der Tatsache, dass die Rechtsvertreterin den Beschwerdeführer bereits im Verwaltungsverfahren vertreten hat (AB 78), und unter Berücksichtigung der nicht umfangreichen Akten wie auch des einfachen Schriftenwechsels als übersetzt. Der Partei-

kostenersatz wird deshalb – mit Blick auf den im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen gebotenen Aufwand – ermessensweise auf pauschal Fr. 3'000.– (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 8. Januar 2020 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 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf pauschal Fr. 3'000.– (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Zur Kenntnis:

- M. _____ AG

Die Kammerpräsidentin:

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.