

200 20 118 IV  
WIS/COC/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 2. Februar 2021**

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Collatz

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. Januar 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1982 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog seit 1. Mai 2011 bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 100% resp. 72% eine ganze Rente der Invalidenversicherung (IV), da eine berufliche Tätigkeit (zu diesem Zeitpunkt) nur im geschützten Rahmen zumutbar war (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 122 S. 2, 123, 126, 127, 152, 172, 190). Mit Verfügung vom 27. Januar 2017 (AB 201) hob die IV-Stelle ... die bisher ausgerichtete ganze IV-Rente bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 0% auf Ende des folgenden Monats mit der Begründung auf, dass der Versicherte per 16. August 2016 eine Stelle als ...-/... auf dem ersten Arbeitsmarkt aufgenommen habe (vgl. auch AB 191, 192). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Nachdem dem Versicherten seine Arbeitsstelle gekündigt worden war, stellte er am 13. Oktober 2017 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin), welche nach dem Umzug des Versicherten in den Kanton Bern für die Bearbeitung des Falles zuständig war (AB 206), einen Antrag auf Umschulung zum Berufsmasseur (AB 207). Daraufhin führte die IVB medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei liess sie den Versicherten insbesondere durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), untersuchen (AB 291, 316, 320). Mit Vorbescheid vom 17. Oktober 2019 (AB 321) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte Einwand (AB 322, 327). Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD (AB 329) verfügte die IVB am 8. Januar 2020 wie im Vorbescheid angekündigt und verneinte einen Leistungsanspruch (AB 330).

## **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 7. Februar 2020 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer ganzen IV-Rente rückwirkend ab 1. Dezember 2018.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. April 2020 schloss die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine weitere Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 7. April 2020 (AB 338) auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 19. Juni 2020 hielt der Beschwerdeführer an seinen Ausführungen und Anträgen fest.

Mit Eingabe vom 20. Juli 2020 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme in Form einer Duplik.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. 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 330). 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**

**2.2.1** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

**2.2.2** 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). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308).

**2.3** 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 Viertelsrente.

**2.4** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

**2.6** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Dies gilt analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

**2.6.1** Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls

hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

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

### **3.**

**3.1** Aus den Akten wird ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 13. Oktober 2017 (AB 207) eingetreten ist. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Ferner ist die Frage, ob zwischen der Verfügung vom 27. Januar 2017 (AB 201), mit welcher die bisher ausgerichtete ganze IV-Rente – ohne weitergehende medizinische Erhebungen (vgl. AB 191 - 201) – auf Ende des folgenden Monats bei einem Invaliditätsgrad von 0% aufgehoben worden ist, und der hier angefochtenen Verfügung vom 8. Januar 2020 (AB 330) eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 2.6 hiervor), zu bejahen. In der rentenaufhebenden Verfügung vom 27. Januar 2017 (AB 201) wurde das Invalideneinkommen gestützt auf das vom Beschwerdeführer seit dem 16. August 2016 bei der D. \_\_\_\_\_ AG als ...-/... effektiv erzielte Einkommen von monatlich Fr. 5'600.-- ermittelt (AB 192, 201 S. 1). Nachdem zuvor eine berufliche Tätigkeit nur im geschützten Rahmen zumutbar war (AB 122 S. 2, 123, 126, 127, 152, 172, 190), führte die Aufnahme dieser Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mit entsprechender Entlöhnung somit zur Aufhebung der ganzen IV-Rente. Mit dem Wegfall dieser Arbeitsstelle per 30. April 2017 (AB 230 S. 2 Ziff. 2.1 S. 10) ist – hier – ein erwerblicher Revisi-

onsgrund gegeben, der grundsätzlich geeignet sein kann den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 10. Juli 2020, 9C\_199/2020, 5.2, und vom 4. September 2013, 9C\_226/2013, E. 2.2). Ob sich – entsprechend der Auffassung in der Beschwerde (S. 9 Ziff. 11) – auch in medizinischer Hinsicht Veränderungen eingestellt haben, muss somit unter dem Titel des Neu anmeldungs- resp. Revisionsgrundes nicht näher geprüft werden. Der Rentenanspruch ist folglich in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

**3.2** Bezüglich des Gesundheitszustandes und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

**3.2.1** Im Abschlussbericht der Psychiatrie E. \_\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2017 (AB 222) wurde insbesondere eine schizotype Störung (ICD-10 F21) diagnostiziert. Diese diagnostische Zuordnung habe sich im Verlaufe der verschiedenen psychiatrischen Behandlungen und Hospitalisationen seit 2011 etabliert. Mittels medikamentöser Behandlung habe der psychische Zustand in den letzten Jahren bis dato stabilisiert werden können. Der Beschwerdeführer arbeite seit 2016 im freien Arbeitsmarkt. Er sei in der Lage, sein misstrauisches Verhalten und die Schwierigkeiten in den zwischenmenschlichen Beziehungen besser zu kontrollieren (S. 2).

**3.2.2** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 30. März 2018 (AB 245 S. 3) aus, an der für die Erwerbsunfähigkeit verantwortlichen Hauptdiagnose einer schizotypen Störung (ICD-10 F21) habe sich nichts Grundlegendes geändert. Nach kurzem Unterbruch befinde sich der Beschwerdeführer wieder in psychiatrischer Behandlung. Die Vergangenheit habe gezeigt, dass der Beschwerdeführer im freien Arbeitsmarkt nicht bestehen könne und ihm eine entsprechende Umschulung oder wieder ein geschützter Arbeitsplatz ermöglicht werden sollte. Ergänzend führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im ebenfalls auf den 30. März 2018 datierten Bericht (AB 245 S. 1 f.) aus, aus somatischer Sicht

liege ein Asthma bronchiale vor, welches ausreichend behandelt sei. Behandlungsbedürftige Herz-Kreislauf- oder Stoffwechselerkrankungen sowie leistungsrelevante Diagnosen im neurologischen oder orthopädischen Fachgebiet beständen nicht (S. 1).

**3.2.3** Der Beschwerdeführer war vom 22. Mai bis 29. Juni 2018 in der Tagesklinik des Spitals G.\_\_\_\_\_ in Behandlung (AB 267 S. 2 ff.). Im Bericht des Spitals G.\_\_\_\_\_ vom 6. Juni 2018 (AB 262) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schizotype Störung (ICD-10 F21) diagnostiziert (S. 4 Ziff. 2.5) und ab dem 10. Mai 2018 bis auf weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 2 Ziff. 1.3). Als Funktionseinschränkungen beständen ausgeprägte Interaktionsdefizite mit Selbstüberschätzung und Verzerrung im Denken und in der Wahrnehmung von zwischenmenschlichen Situationen. Dies zeige sich in mangelnder Teamfähigkeit und wiederkehrenden Konflikten mit Vorgesetzten (S. 5 Ziff. 3.4). Die bisherige Tätigkeit sei, da sie in ein soziales Umfeld eingebettet sei, nicht zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit, welche keine sozialen Interaktionen erfordere, beständen dagegen wohl wenig Einschränkungen (S. 6 Ziff. 4.1 f.).

**3.2.4** Im weiteren Verlauf war der Beschwerdeführer vom 19. Dezember 2018 bis 7. Januar 2019 in stationärer Behandlung in der Klinik H.\_\_\_\_\_. Im Austrittsbericht vom 28. Januar 2019 (AB 308 S. 10 ff.) wurden insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und eine schizotype Störung (ICD-10 F21) diagnostiziert (S. 10). Der Beschwerdeführer habe beim Eintritt das Bestehen von Zwängen und Wahn verneint. Es sei jedoch zumindest eine Umstellungserschwerung bei Anforderungsveränderung und neuen Bedingungen auffällig gewesen. Zudem bestehe chronifiziert eine paranoide Verarbeitung sozialer Kontakte mit rascher Neigung zur Überinterpretation sozialer Verhaltensweisen in Form von Beobachtungserleben, aktuell ohne die Kriterien einer wahnhaften Störung zu erfüllen. Der Beschwerdeführer wirke affektarm bei bedrückter Stimmung mit deutlichen Schwankungen in den depressiven Bereich sowie unsicher zum Teil diskret ängstlich. Er berichte über einen Freud- und Interessensverlust, eine rasche Erschöpfbarkeit, eine deutliche innere Unruhe sowie ein fehlendes Selbstwertgefühl mit ak-

tuell vermehrter Reizbarkeit, Entscheidungsfähigkeit, pessimistischen Zukunftsperspektiven und Hoffnungslosigkeit im Zusammenhang mit der Arbeitslosigkeit (S. 11). Bis zum Austritt sei es zu einer Regredienz der mittelgradigen depressiven Symptomatik gekommen (S. 12).

**3.2.5** Vom 20. Mai bis 6. August 2019 war der Beschwerdeführer ein weiteres Mal in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ AG vom 8. August 2019 (AB 313) wurden eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0), Anpassungsstörungen mit akuten suizidalen Äusserungen (ICD-10 F43.2), ein Verdacht auf eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) sowie differentialdiagnostisch eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ (ICD-10 F60.31) diagnostiziert (S. 1). Die Aufnahme sei per fürsorglicher Unterbringung (FU) wegen akuter Suizidalität erfolgt. Beim Eintritt sei der Beschwerdeführer sehr misstrauisch, wahnhaft wirkend sowie zurückgezogen gewesen und habe über Suizidgedanken ohne konkrete Suizidpläne berichtet. In der Folge habe er jeden Tag starke Stimmungsschwankungen gezeigt. Im weiteren Verlauf hätten psychotische Äusserungen, Misstrauen, Stimmen, Wahnvorstellungen, starke Ambivalenz und Probleme mit der Ausdauer dominiert. Gleichzeitig seien die Symptome einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung vorhanden gewesen (S. 2). Eine Beschäftigung an einem geschützten Arbeitsplatz sei nötig und sinnvoll. Beim aktuellen Gesundheitszustand sei es unrealistisch über eine Arbeitsstelle im ersten Arbeitsmarkt nachzudenken (S. 3).

**3.2.6** Die RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 23. September 2019 (AB 316), wobei die Untersuchungen bereits am 4. und 14. September 2018 stattgefunden hatten (S. 1), namentlich eine Primärpersönlichkeit vom ängstlich-selbstunsicheren Typus und ein histrionisches Verhalten (S. 26). Der Beschwerdeführer zeige die Denk- und Verhaltensmuster einer Persönlichkeit vom ängstlich-selbstunsicheren Typus (Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden; Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und Zurücksetzung; vermindertes Selbstwertgefühl; Tendenz zur Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten) als auch ein histrionisches, Aufmerksamkeit und Anerkennung suchendes, zum Teil manipulatives Verhalten zur Befriedigung der eigenen

Bedürfnisse (Zweckverhalten). Sein Denken und Handeln seien gegenwarts- und zukunftsorientiert und weder stereotyp noch rigide. Seine Stimmung sei weder zum depressiven noch zum manischen Pol verschoben. Ferner zeige der Beschwerdeführer weder klinisch noch testpsychometrisch dysfunktionale Denkmuster oder die für depressive Menschen charakteristische negative Grundhaltung. Beim Beschwerdeführer seien weder die ICD-10 Diagnosekriterien einer Persönlichkeitsstörung, einer affektiven Störung, einer rezidivierenden depressiven Störung noch einer schizotypen Störung erfüllt. Er zeige weder einen inadäquaten Affektausdruck noch ein seltsames/soziokulturell unangemessenes Verhalten. Sein Handeln sei von lebenspraktischen Entscheidungen geprägt und nicht durch krankhafte, bizarre oder kulturell unangemessene Glaubensinhalte oder Vorstellungen motiviert. Er zeige weder Zwangshandlungen noch Zwangsgedanken. Der Beschwerdeführer sei intrinsisch leistungsmotiviert und extrinsisch motivierbar. Er könne sein Leistungsverhalten willentlich steuern. Seine kognitive Leistungsfähigkeit einschliesslich der kognitiven Umstellungsfähigkeit sei normal (S. 25). Während der über fünfstündigen Untersuchung habe er keine Konzentrationseinbrüche gezeigt. Auch anlässlich der Verabschiedung hätten sich keine Zeichen einer (vorzeitigen) psychischen und/oder körperlichen Erschöpfung gefunden. Zusammengefasst sei beim Beschwerdeführer kein invalidisierender Gesundheitsschaden weder im psychiatrischen noch im somatischen Fachgebiet objektiv ausgewiesen (S. 26).

Am 9. Oktober 2019 nahm RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nochmals Stellung (AB 320) und hielt dabei an ihrer bisherigen Beurteilung fest. Die dokumentierten Normalbefunde (wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert, normale Auffassung/Konzentration/Merkfähigkeit/Gedächtnis), das Fehlen von wahnhaftem Erleben und Zwangssymptomen sowie der Umfang der Autonomie, Selbstbestimmung und Mobilität sprächen in ganzheitlicher Betrachtung gegen das Vorliegen eines psychischen Gesundheitsschadens. Die vom Beschwerdeführer praktizierte selektive und zielgerichtete Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsstrukturen in zeitnahe Kontext zu Arbeitsstellenwechseln, Arbeitslosigkeit und soziefamiliären Konflikten als auch seine vordergründige Behandlungcompliance sprächen einerseits gegen das Vorliegen eines krankheitsbedingten Leidensdrucks und

andererseits für Zweckverhalten aus anderen Motiven. Hierfür sprächen das aktenkundige "Doktor-Hopping" ebenso wie die Tendenz zur Katastrophisierung bezüglich der eigenen Person zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsstrukturen, die in Diskrepanz zu der oberflächlichen Behandlungcompliance stehe. Zusammenfassend sei aus objektiver medizinischer Sicht seit der Untersuchung im September 2018 und der materiellen rechtskräftigen Rentenverfügung vom 27. Januar 2017 keine wesentliche Verschlechterung des körperlichen, geistigen und psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen. Es liessen sich keine Befunde/Befundkonstellationen objektivieren, die einen leistungsrelevanten Gesundheitsschaden im psychiatrischen und/oder im somatischen Fachgebiet plausibel nachvollziehbar begründen könnten (S. 7).

**3.2.7** Im – im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten – Bericht vom 7. November 2019 (AB 327 S. 8 f.) wiederholten lic. phil. J.\_\_\_\_\_, eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin, und Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste I.\_\_\_\_\_. AG vom 8. August 2019 (AB 313) gestellten Diagnosen. Der Beschwerdeführer sei im Kontaktverhalten leicht zurückhaltend und schüchtern wirkend, im Gespräch mitteilungsbereit und offen Auskunft gebend, wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Er berichte über Konzentrationsstörungen. Ansonsten bestünden keine Hinweise auf Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Ein Misstrauen sei mehrfach erwähnt worden. Inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen habe der Beschwerdeführer dagegen verneint. Im Affekt bestünden ein Gefühl der Gefühllosigkeit, eine Störung der Vitalgefühle, eine Hoffnungslosigkeit, eine innere Unruhe, Insuffizienzgefühle und eine leichte Affektlabilität. Der Beschwerdeführer nehme fünfmal pro Woche je einen halben Tag am Programm der Tagesstätte der L.\_\_\_\_\_. AG, ambulante Psychiatrie und Psychotherapie, und am IST-Programm in der M.\_\_\_\_\_. Stiftung teil (AB 327 S. 9).

**3.2.8** Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm die RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ am 30. Dezember 2019 ein weiteres Mal Stellung (AB 329), wobei sie weiterhin an ihrer bisherigen Beurteilung festhielt. Der fehlende Nachweis der für eine paranoide Schizophrenie charakteristischen

formalen und inhaltlichen Denkstörungen, die fehlende charakteristische produktive Symptomatik und das Fehlen einer für eine chronische Schizophrenie typische Negativsymptomatik sprächen ebenso gegen die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie wie die uneingeschränkte Fähigkeit des Beschwerdeführers, ziel- und zweckgerichtet entsprechend der jeweiligen Situation zu handeln (Umzug in eine neue Wohnung, aktives Suchen nach einer neuen Arbeitsstelle, selektive und zielgerichtete Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsstrukturen, gezieltes Einfordern professioneller Unterstützung). Alle in der Längs- und Querschnittsbetrachtung dokumentierten Normalbefunde (wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert, normale Auffassung, normale Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen), das Fehlen von wahnhaftem Erleben und von Zwangssymptomen als auch der Umfang der Autonomie, der Selbstbestimmung und die uneingeschränkte Mobilität des Beschwerdeführers sprächen in ganzheitlicher Betrachtung gegen das Vorliegen eines psychischen Gesundheitsschadens (S. 3).

**3.2.9** Im – im Beschwerdeverfahren eingereichten – Verlaufsbericht vom 4. Februar 2020 (Beschwerdebeilage [BB] 3) führten lic. phil. J. \_\_\_\_\_ und Dr. med. K. \_\_\_\_\_ aus, sie hätten den Beschwerdeführer in den vergangenen zwei Monaten in einem instabilen Zustand erlebt. Er sei wechselhaft niedergestimmt, affektarm, antriebsvermindert und formalgedanklich umständlich, verlangsamt und vorbeiredend gewesen. Konzentration und Auffassung seien objektiv eingeschränkt gewesen. Das Misstrauen, die Ängste resp. die paranoiden Gedanken wie auch Verfolgungsideen in der Vergangenheit hätten sich durch den Umzug verbessert, aktuell seien Ängste im Sinne von Insuffizienzgefühlen in Verbindung mit Leistungsdruck aushaltbar vorhanden. Durch die Arbeit im geschützten Rahmen habe er langsam neues Vertrauen gewinnen können. Die noch vorhandenen Symptome in der Affektivität, die formalgedankliche Symptomatik (vereinfachte Gedankengänge, längere Antwortlatenz) wie auch die intermittierende Antriebsverminderung werde als Negativsymptomatik im Sinne einer Residualsymptomatik nach einer psychotischen Phase gewertet. Der Beschwerdeführer wirke im Kontaktverhalten verunsichert und zurückhaltend (S. 1). Insgesamt sei in Anbetracht der in der Vergangenheit häufig gewechselten Arbeitsstellen und dem wiederkehrenden instabilen psychischen Zustandsbild von einer zeitlich unbestimmten 100%-igen Arbeitsun-

fähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auszugehen. Die adäquate und erfolgreiche Medikation habe die wiederkehrende vergangene psychiatrische (paranoide) Symptomatik insgesamt verbessert und es dem Beschwerdeführer ermöglicht, neues Vertrauen aufzubauen und einem geregelten Tagesablauf in geschütztem Rahmen nachzugehen, um ein verbessertes Funktionsniveau zu erreichen. Zu berücksichtigen gelte das erhöhte Rückfallrisiko bei zu starker Belastung. Abschliessend hielten lic. phil. J.\_\_\_\_\_ und Dr. med. K.\_\_\_\_\_ an der gestellten Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) fest. Es sei von einem dauerhaften Gesundheitsschaden auszugehen (S. 2).

**3.2.10** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nahm die RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ am 7. April 2020 nochmals Stellung (AB 338). Der anlässlich der Untersuchungen im September 2018 ohne Medikamenteneinfluss erhobene Psychostatus einschliesslich der vegetativen Funktionen sei normal gewesen, was namentlich gegen das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie und einer tageszeitlichen Beschwerderhythmik, wie sie für eine rezidivierende depressive Störung charakteristisch sei, spreche. Die vorgetragene Selbstunsicherheit, die Selbstzweifel, die Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten im Vergleich zu anderen, die Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und Zurücksetzung sowie das immer nur anfängliche Misstrauen gegenüber nicht vertrauten Situationen und Personen entsprächen den Denk- und Verhaltensmustern einer ängstlich-selbstunsicheren Persönlichkeit und nicht einem realitätsfremden psychotischen Erleben (S. 4). Ohne Medikamenten- und ohne Drogeneinfluss seien – anlässlich der RAD-Untersuchungen – keine kognitiven Einschränkungen, keine krankheitswertigen Affektstörungen, keine Denkstörungen und keine Bewegungsstörungen vorgelegen (S. 5). Zusammengefasst ergäben sich keine neuen medizinischen und versicherungsmedizinischen Aspekte gegenüber dem RAD-Untersuchungsbericht vom 23. September 2019 (S. 6).

**3.2.11** Am 10. Juni 2020 nahmen lic. phil. J.\_\_\_\_\_ und Dr. med. K.\_\_\_\_\_ ebenfalls erneut Stellung (BB 4). Eine paranoide Schizophrenie aufgrund zweier Untersuchungen im Jahr 2018 zweifelsfrei auszuschliessen sei nicht nachvollziehbar. Eine psychotische Symptomatik sei nicht

zu jeder Zeit sichtbar und könne durch den Patienten verdeckt werden. Auch könne es unter günstigen Bedingungen und wirksamer Therapie zu einer nur temporären oder anhaltenden Remission kommen. Ein hohes Funktionsniveau sei bei angepassten Tätigkeit und Umgebung möglich. Dasselbe gelte für das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung bzw. einer Negativsymptomatik (S. 1 ad Abschnitt 5). In der Vergangenheit habe der Beschwerdeführer auch gegenüber vertrauten Personen miss-trauische bis wahnhafte Denkmuster gezeigt, was zu verschiedenen Arbeitsplatz- und Wohnortwechseln geführt habe (S. 2 ad Abschnitt 6). Die verschiedenen Arbeitsplatz- und Wohnortwechsel stünden mit den psychotischen Denkstörungen in Verbindung. Das gegenwarts- und zukunftsorientierte wie zweckgerichtete Verhalten werde bei gut medikamentös eingestellter Behandlung gegen eine Schizophrenie nicht als Ausschlusskriterium interpretiert. Das vorwiegende Kriterium sei die klinische Veränderung (ad. Abschnitt 10). Aufgrund der bisherigen Beschreibungen sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei Aufnahme einer Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mit Überforderungsgefühlen reagieren werde, was zur psychischen Dekompensation führen könne (ad Abschnitt 21).

**3.3** 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 ei-

nes 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).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung massgeblich auf den Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2019 (AB 316) gestützt.

Dieser Bericht – samt den drei Stellungnahmen vom 9. Oktober 2019 (AB 320), vom 30. Dezember 2019 (AB 329) und vom 7. April 2020 (AB 338) – genügt für eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers jedoch nicht (vgl. E. 3.3 hiavor). Zwar hat sie sich die RAD-Ärztin in ihrer ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigene Untersuchung getroffen. Dabei hat sie sich namentlich mit der von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnose einer schizotypen Störung auseinandergesetzt und dargelegt, dass diese insbesondere mangels inadäqua-

ten Affektausdrucks, mangels seltsamen/soziokulturell unangemessenen Verhaltens sowie mangels Zwangshandlungen und Zwangsdenken nicht erhoben werden kann. Dagegen diagnostizierte die RAD-Ärztin eine Primärpersönlichkeit vom ängstlich-unsicheren Typus und ein histrionisches Verhalten. Zusammenfassend kam Dr. med. C.\_\_\_\_\_ zum Schluss, dass weder im somatischen noch im psychiatrischen Fachgebiet eine versicherungsmedizinisch relevante Erkrankung vorliege und dem Beschwerdeführer deshalb sämtliche, seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechenden Tätigkeiten zu 100% zumutbar seien (AB 316 S. 25 ff.).

Eine fachärztliche medizinische Beurteilung erschöpft sich jedoch nicht in der Befunderhebung, sondern muss, insbesondere wenn sie von der Einschätzung der mit der betroffenen Person befassten Ärzte abweicht, sich einlässlich mit den abweichenden Meinungen auseinandersetzen und die eigenen Diagnosen leitliniengerecht begründen. Eine solche leitliniengerechte Diskussion fehlt im Untersuchungsbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ jedoch. Dazu kommt, dass zwischen der eigenen Befunderhebung am 4. und 14. September 2018 und der Erstellung bzw. dem Abschluss der Beurteilung am 23. September 2019 ein Jahr liegt, ohne dass diese auffällig lange Beurteilungszeitdauer begründet wird. Darüber hinaus hat die RAD-Ärztin ihre erste Beurteilung (offenbar) ohne Kenntnis der zwischen Mai 2018 und August 2019 erfolgten Hospitalisationen (AB 267 S. 2 ff., 308 S. 10 ff., 313) getroffen (vgl. AB 316 S. 1 ff.). Zwar hat sie im Anschluss an ihren Untersuchungsbericht am 9. Oktober 2019 (AB 320), am 30. Dezember 2019 (AB 329) und am 7. April 2020 (AB 338) Stellung genommen und darin die besagten Hospitalisationen und auch die Berichte von lic. phil. J.\_\_\_\_\_ und Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 7. November 2019 (AB 327 S. 8 f.) und vom 4. Februar 2020 (BB 3) erwähnt. Diese wiesen insbesondere darauf hin, dass sie den Beschwerdeführer in den vergangenen zwei Monaten in einem instabilen Zustand erlebt hätten. Er sei wechselhaft niedergestimmt, affektarm, antriebsvermindert und formalgedanklich umständlich, verlangsamt und vorbeiredend gewesen. Konzentration und Auffassung seien objektiv eingeschränkt gewesen (BB 3 S. 1). Eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesen neuen Befunden und den offensichtlich divergierenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte fand in den Stellungnahmen der RAD-Ärztin jedoch nicht statt. Vielmehr hielt diese massgeblich auf-

grund der Ergebnisse ihrer, im September 2018 durchgeführten Untersuchung an ihrer bisherigen Beurteilung fest. Dieser Widerspruch kann gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten nicht gelöst werden. Dabei ist zu beachten, dass die Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ als versicherungsinterne Ärztin keine Begutachtung durch einen externen Gutachter im Sinne von Art. 44 ATSG darstellt, mithin bereits geringe Zweifel an der Richtigkeit genügen, um die Notwendigkeit einer externen Begutachtung zu begründen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162; vgl. auch E. 3.3 hiervor). Solche Zweifel sind hier nach dem Dargelegten gegeben.

**3.5** Auch die weiteren Akten erlauben keine abschliessende Beurteilung. Die zahlreichen behandelnden Fachpersonen sind sich zwar (mehr oder weniger) einig, dass der Beschwerdeführer seit Jahren namentlich an einer schizotypen Störung leidet, aufgrund welcher auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit besteht (AB 222 S. 2, 262 S. 2 Ziff. 1.3 und S. 4 Ziff. 2.5, 308 S. 10; BB 3 und 4). Eine ausführliche Befunderhebung und eine leitliniengerechte Herleitung der gestellten Diagnose fehlt in diesen Berichten ebenso. Der RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ ist diesbezüglich zuzustimmen, dass die behandelnden Ärzte die vor Jahren (seit 2011; AB 222 S. 2) gestellte Diagnose einer schizotypen Störung ohne weitergehende und vertiefte Begründung übernommen haben (vgl. AB 329 S. 3). Zudem weckt die Einschätzung der Persönlichkeit des Beschwerdeführers der RAD-Ärztin und die dokumentierten Normalbefunde, welche sie durch ihre eigenen Untersuchungsbefunde unterlegt hat (AB 316 S. 14 ff., 320 S. 7, 329 S. 3, 338 S. 4), denn auch Zweifel an den Beurteilungen der behandelnden Ärzte. Darüber hinaus fehlt in den besagten Berichten eine schlüssige Begründung für die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die behandelnden Fachpersonen scheinen sich in ihrer Beurteilung massgebend auf die aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht massgebenden subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und nicht auf objektivierte Befunde gestützt zu haben. Dazu kommt, dass namentlich die drei zwischen Mai 2018 und August 2019 erfolgten Hospitalisationen (AB 267 S. 2 ff., 308 S. 10 ff., 313) – worauf die RAD-Ärztin zutreffend hingewiesen hat (AB 320 S. 7) – massgebend im Zusammenhang mit psychosozialen Faktoren (zeitnaher

Kontext zu Arbeitsstellenwechsel, Arbeitslosigkeit, soziefamiliäre Konflikte) standen. Damit bleibt gestützt auf die bisherigen Abklärungen unklar, ob ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden besteht und gegebenenfalls, welche Schwere das Leiden tatsächlich aufweist bzw. aufgewiesen hat.

**3.6** Letztlich bleibt festzuhalten, dass gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten kein invalidisierender somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen ist (vgl. insbesondere den Untersuchungsbericht des RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2019 [AB 316 S. 24 ff.] und den Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 30. März 2018 [AB 245 S. 1 f.]). Entsprechendes wird auch nicht geltend gemacht.

**3.7** Unter diesen Umständen kann vorliegend keine abschliessende Beurteilung der medizinischen Situation bzw. deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden. Der Sachverhalt erweist sich vor diesem Hintergrund als ungenügend abgeklärt. In der Folge ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Verwaltung zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt gutachterlich abkläre. Dabei hat die Beschwerdegegnerin vorgängig zur Gewährung der vom strukturierten Beweisverfahren gesetzten Anforderungen aktuelle Berichte der behandelnden Fachpersonen und die Akten der offenbar eingeleiteten Psychiatriespitex (BB 4 S. 2 ad Abschnitt 20) einzuholen. Anschliessend wird sie ein psychiatrisches Gutachten, erforderlichenfalls unter Beizug der Neuropsychologie und weiterer Fachdisziplinen, einzuholen haben.

Da der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verwaltungsverfahren bisher nicht gutachterlich erhoben wurde, ist die Rückweisung im Übrigen auch zulässig (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264; SVR 2016 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.1).

**3.8** Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt abklärt. Anschliessend hat sie über den Leistungsanspruch neu zu verfügen.

#### 4.

**4.1** Gemäss aArt. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) 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 vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

**4.2** 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). 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).

Die Parteientschädigung ist entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ vom 5. August 2020 auf gesamthaft Fr. 3'402.65 (Honorar von Fr. 3'000.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 159.40 und Mehrwertsteuer von Fr. 243.25) festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene 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 vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'402.65 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.