

200 20 122 IV
SCP/ZID/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Juli 2020

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Januar 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1991 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals im September 2013 unter Hinweis insbesondere auf seit 2009 bestehende Zwangsgedanken und -handlungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Nach beruflichen und medizinischen Abklärungen (insbes. AB 18) und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 20) wies die IVB mit Verfügung vom 12. März 2014 das Leistungsbegehren ab mit der Begründung, die medizinischen Abklärungen hätten IV-fremde Einschränkungen (Dekonditionierung, Sprachkenntnisse, kulturelle Barrieren) ergeben und zudem sei die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung beendet worden, womit auch kein behandlungsbedürftiges Leiden vorliege (AB 25). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Juli 2017 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine mindestens seit 2009 bestehende schwere Zwangserkrankung mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 28). Nachdem die IVB nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 38) zunächst beabsichtigt hatte, auf das neue Leistungsbegehren mangels einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes nicht einzutreten (Vorbescheid vom 9. Januar 2017; AB 39), liess sie den Versicherten auf Einwand hin (AB 40) psychiatrisch begutachten, wobei die gutachterliche Exploration aufgrund der gefährlichen Symptomatik zugunsten eines stationären Aufenthalts (AB 72) mit anschliessender tagesklinischer Behandlung (AB 77, 100, 101 = 103/1 ff.) abgebrochen wurde (AB 68.1/14 f. Ziff. 3.2.1). In der Folge gewährte die IVB Frühinterventionsmassnahmen (AB 82). Gestützt auf eine RAD-ärztliche Stellungnahme vom 4. November 2019 (AB 106) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 19. November 2019 die Abweisung des Leistungsbe-

gehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht (AB 107). Nach erhobenem Einwand (AB 108) verfügte sie am 10. Januar 2020 wie in Aussicht gestellt (AB 114).

C.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 10. Februar 2020 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Gleichzeitig wurde die unentgeltliche Rechtspflege beantragt, welches Gesuch der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 14. Februar 2020 aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 11. Februar 2020) ergänzte und dokumentierte.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. März 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 13. März 2020 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zufolge Aussichtslosigkeit der Beschwerdeführung ab. Mittels Zahlung des Kostenvorschusses hielt der Beschwerdeführer an der Beschwerde fest.

Mit Eingabe vom 18. Mai 2020 (Replik) präziserte der Beschwerdeführer, nunmehr vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B._____, seine Rechtsbegehren wie folgt:

1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und zur Abklärung des Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, eventualiter seien dem Beschwerdeführer eine Rente sowie berufliche Massnahmen zuzusprechen.
2. Es sei dem Beschwerdeführer die unterzeichnende Anwältin als unentgeltlicher Rechtsbeistand beizuordnen und dem Beschwerdeführer nachträglich die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

- unter Kostenfolge -

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. Mai 2020 trat der Instruktionsrichter auf das (erneute) Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gemäss Eingabe vom 18. Mai 2020 nicht ein.

Mit Stellungnahmen vom 5. Juni und 3. Juli 2020 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. 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 Angefochten ist die Verfügung vom 10. Januar 2020 (AB 114). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der IV, insbesondere auf eine Rente.

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 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

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). 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).

2.2.2 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

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 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.3.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität 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 wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

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

2.3.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuan-

meldungsverfahren – 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 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom Juli 2017 (AB 28) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft, womit die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 12. März 2014 (AB 24) und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 10. Januar 2020 (AB 114) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.2 hiavor).

3.2 Der leistungsabweisenden Verfügung vom 12. März 2014 (AB 24) lagen im Wesentlichen folgende ärztliche Einschätzungen zugrunde:

3.2.1 Anlässlich eines ambulanten Konsiliums vom 18. Dezember 2012 sowie Hospitalisationen vom 14. Januar bis 11. Februar 2013 und 18. März bis 22. April 2013 wurden vom psychiatrischen Dienst des Spitals H. _____ Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10 F42.2; DD/Komorbidität: wahnhafte Störung [ICD-10 F22.0] mit episodischem Verlauf) und eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) mit/bei Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 Z73.1) diagnostiziert (Berichte vom 28. Dezember 2012 [AB 18/15 Mitte], 13. Februar [AB 18/13 Mitte], 22. April [AB 18/11 Mitte] und 13. Juni 2013 [AB 18/7 = 103/5 je Mitte]). Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er seit August 2010 in der Schweiz lebe und die Jugendzeit in ... sowie die Flucht über ... in die Schweiz sehr belastend gewesen seien. 2002 sei der Vater wegen der politischen Situation in die Schweiz geflohen. 2009 habe die Mutter mit ihm sowie seinem jüngeren Bruder in die Schweiz nachkommen können; es habe aber einen mehrere Monate dauernden Aufenthalt in ...

gegeben wegen Problemen mit dem Visum. Dort hätten sie sich versteckt halten müssen und das Klima sei erneut von grosser Angst geprägt gewesen. Seine beiden älteren Geschwister lebten weiterhin in Seit dem Aufenthalt in ... 2009 leide er unter einer Zwangsstörung (blasphemische Gedanken, kognitive Rituale [...], exzessives Händewaschen), die ihn aktuell seit Dezember 2012 im Alltag wieder massiv behindern würde (AB 18/14 Mitte, 18/16, 18/10 = 103/8). Er habe im Januar 2013 aufgrund der Exazerbation der Zwangsgedanken und -rituale (...) alltägliche Verrichtungen wie Essen, Körperpflege oder Schulaufgaben nur schwer bewältigen können. Ausserdem habe er unter verstärkten Zwangshandlungen (Händewaschen mit ca. fünf Waschgängen während 15 - 20 min.) und einer Angst vor Zwängen gelitten (AB 18/7 = 103/5 je unten). Aufgrund der Symptomatik hätten differentialdiagnostisch andere psychiatrische Komorbiditäten in Betracht gezogen werden müssen. Er habe über teilweise vorhandene Ich-Störungen mit Gedankeneingebung ("Stimme des Teufels") sowie eine teilweise wahnhaft anmutende Symptomatik mit Verschuldungsideen berichtet. Weiter habe er auch hypochondrische Ängste geäussert (AB 18/8 = 103/6 je oben). Während der Hospitalisationen vom 14. Januar bis 11. Februar 2013 und vom 18. März bis 22. April 2013 sei es zu einer Reduktion der Symptomatik (v.a. der Zwangsgedanken) gekommen (AB 18/13 Mitte, 18/11 unten, 18/8 = 103/6 je Mitte), nicht aber der Zwangshandlungen (Duschen, Händewaschen; AB 18/11 unten), was auch eine leicht depressive Symptomatik (Antriebslosigkeit, Interessenlosigkeit, Appetitlosigkeit) ausgelöst habe (AB 18/8 = 103/6 je Mitte). Eine Fortführung der ambulanten Therapie sei dringend angezeigt (AB 18/8 = 103/6 je unten); es sei wichtig, ein Expositionstraining mit Reizverhinderung im ambulanten Setting durchzuführen (AB 18/13 Mitte).

3.2.2 In der Folge behandelte lic. phil. C. _____ den Beschwerdeführer vom 24. Mai bis 12. Dezember 2013 (12 Sitzungen; AB 18/1 Ziff. 1.2). Er diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit ca. 2009 bestehende Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10 F42.2; AB 18/1 Ziff. 1.1). Die Behandlung, welche vor allem durch eine Exposition zum Erfolg führe, sei nicht durchführbar, da sich der Beschwerdeführer auf Geheiss von seinem ... weigere, sich mit seinen Gedanken zu beschäftigen, sich ihnen zu stellen (AB 18/1 f. Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer habe

sich von der Psychotherapie abgemeldet (AB 18/2 Ziff. 1.5). Hinsichtlich einer Arbeitstätigkeit bestehe eine Verlangsamung von ca. 10 % infolge von Konzentrationsstörungen (Ablenkung durch Zwangsgedanken), mithin eine herabgesetzte Leistungsfähigkeit von ca. 10 % (AB 18/2 f. Ziff. 1.7). Er könne – entsprechend seinen Möglichkeiten – eine Arbeitstätigkeit ausführen und finanziell unabhängig sein (AB 18/3 Ziff. 1.8), dies im Umfang von 100 % (AB 18/3 Ziff. 1.9).

3.3 Die Neuanmeldung vom Juli 2017 wurde mit einer seit mindestens 2009 bestehenden schweren Zwangserkrankung mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt begründet (AB 28/6 Ziff. 6.1; vgl. auch AB 30 = 36/3 je Mitte) und den echtzeitlichen Arztberichten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Der den Beschwerdeführer seit 29. Juni 2017 behandelnde med. pract. D. _____ (im Medizinalberuferegister ist kein Facharzttitel ausgewiesen [www.medregom.admin.ch]) kam aufgrund der medizinischen Symptomatik und diverser psychologischer Tests (SKID II vom 23. August 2017) in den Berichten vom 4. Oktober 2017 (AB 36/1 f.), 14. März (AB 58) und 6. April 2018 (AB 61.2) zum Schluss, dass der Beschwerdeführer neben seiner schweren Zwangsneurose (Zwangsgedanken und -handlungen gemischt [ICD-10 F42.2; DD/Komorbidität: wahnhaftige Störung mit episodischem Verlauf {ICD-10 F22.0}]) an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, depressiven und paranoiden Zügen (ICD-10 F61.0) und einem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS; ICD-10 F90.0) bzw. dem Verdacht auf ein solches leide (AB 36/1 Mitte, 58/2 Ziff. 1 ff., 61.2/1 Ziff. 1). Die ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszüge begründete der Behandler mit dem andauernden Gefühl von Anspannung und Besorgtheit, der ausgeprägten Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden, dem eingeschränkten Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit und dem verminderten Selbstwertgefühl, die paranoiden Persönlichkeitszüge mit den desorganisierten Gedanken, dem Verschmutzungswahn, dem Misstrauen, der Fehlinterpretation des Verhaltens anderer, dem Verlust des Bezugs zur Realität (sog. Derealisation), der erhöhten Vulnerabilität in Belastungssituationen mit möglicher erhöhter Reizbarkeit und Aggressivität und der deutlichen Abnahme der

kognitiven Funktionen und die depressiven Persönlichkeitszüge mit der depressiven Stimmung, der Niedergeschlagenheit, dem sozialen Rückzug, der Affektverflachung, dem Antriebsverlust, der Lebensmüdigkeit, den starken Ängsten und der inneren Unruhe (AB 36/1 f., 58/2 f. Ziff. 4, 61.2/1 f. Ziff. 2). Neben Zwangshandlungen (z.B. Duschen während einer Stunde) habe der Beschwerdeführer religiöse Wahnvorstellungen (z.B. von unerwünschten Geistern besessen zu sein; der Teufel gebe ihm verschiedene Befehle, so Gott zu beschimpfen, seine Hände in die Fräse und Schleifmaschine zu stecken und mit einem Messer seinen eigenen Vater zu erstechen; AB 58/3 Ziff. 5, 61.2/2 Ziff. 2). Nachdem der Behandler noch im Bericht vom 4. Oktober 2017 – dies in Kenntnis der damals 100%-igen, aber aufgrund der Symptomatik als gefährdet erachteten Anstellung bei E._____ (vgl. AB 51/4 Mitte; vgl. aber auch AB 51/4 oben) – aufgrund zunehmender Verschlechterung der psychischen Situation von einer Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt von mindestens 50 % ausgegangen war (AB 36/2 Mitte), erachtete er in den Berichten vom 14. März und 6. April 2018 – nach "Aufgabe" der Anstellung Ende Februar 2018 aufgrund der Symptombelastung (vgl. AB 100/2 und 101/1 je unten; vgl. auch AB 58/4 Ziff. 15.1) – eine Beschäftigung in einer angepassten Tätigkeit mit weniger zwischenmenschlichen Kontakten als fraglich und attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 26. Februar 2018 bis auf weiteres (AB 58/3 Ziff. 9 und 11, 61.2/3).

3.3.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, führte im Bericht vom 28. Dezember 2017 (AB 38) aus, bereits 2013 seien wahnhaft anmutende Symptome als auch hypochondrische Ängste sowie Klagen über Aufmerksamkeitsstörungen dokumentiert. Entsprechend lasse sich keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands objektiv begründen (S. 7).

3.3.3 Anlässlich der gutachterlichen Exploration vom 26. April 2018 durch Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete der Beschwerdeführer über Zwangsgedanken (seit 2011) und eine täglich auftretende Stimme. Er könne diese Gedanken nicht abstellen, dies seien Gedanken des Teufels, nicht seine. Es falle ihm zunehmend schwer, gegen diese Impulse anzukämpfen. Aufgrund dieser "gefährlichen Sym-

ptomatik" brach Dr. med. G._____ die gutachterliche Exploration ab und motivierte den Beschwerdeführer für eine stationäre Behandlung (AB 68.1/14 f. Ziff. 3.2.1).

3.3.4 Der Beschwerdeführer war vom 23. Mai bis 14. Juni 2018 in der Psychiatrie des Spitals H._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 18. Juni 2018 wurden Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10 F42.2) und eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) diagnostiziert (AB 72/2 unten). Beim Eintrittsgespräch habe der Beschwerdeführer von den bekannten Zwangsgedanken und -handlungen berichtet. Er habe bemerkt, dass sich die Zwänge verstärkten, wenn er unter Stress, so vor allem bei der Arbeit – die Stelle als ... bei E._____ sei ihm per 31. August 2018 gekündigt worden –, stehe (AB 72/2). In der ruhigen, stressfreien Umgebung der Klinik hätten weder Zwangsgedanken noch Zwangshandlungen im Vordergrund gestanden. Zu den beschriebenen Stimmen befragt sei es dem Beschwerdeführer schwergefallen, diese von den Zwangsgedanken abzugrenzen. Es hätten kein Misstrauen, keine Ich-Störungen und keine inhaltlichen Denkstörungen festgestellt werden können. Nebst den fraglichen Stimmen seien keine Wahrnehmungsstörungen berichtet worden; eine psychotische Symptomatik hätte weitgehend gefehlt. Es scheine sinnvoll, den Beschwerdeführer in der Tagesklinik weiterbehandeln zu lassen, da so eventuell noch genauer beurteilt werden könne, wie sich sein Verhaltensmuster unter Belastung verändere (AB 72/3).

3.3.5 Der Beschwerdeführer befand sich vom 18. Juni bis 7. September 2018 in der psychiatrischen Tagesklinik I._____ (AB 77/3 Ziff. 7, 100/2, 101/1 = 103/2). Mit Berichten vom 27. September 2018 (AB 77), 19. Juli (AB 101 = 103/5 ff.) und 19. September (AB 100) gingen die Behandler von einem stationären Gesundheitszustand aus, wobei sie die im Austrittsbericht vom 18. Juni 2018 gestellten Diagnosen (AB 72/2 unten; vgl. E. 3.3.4 hiervoor) um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, teilremittiert (ICD-10 F33.1), ergänzten (AB 77/2 Ziff. 1 f., 100/2 und 101/1 = 103/2 je unten). Bezüglich der geschilderten akustischen Halluzinationen habe der Beschwerdeführer zwar das gelegentliche Auftreten von Stimmenhören bejaht, doch habe sich gezeigt, dass dieses Phänomen bisher vor allem bei Erschöpfung oder bei starken Hintergrund-

geräuschen aufgetreten sei und zudem weder dialogisierenden noch kommentierenden oder imperativen Charakter habe; dies könne nicht als Hinweis auf das Vorliegen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder einer schweren affektiven Störung gelten. Ebenfalls hätten sich keine inhaltlichen Denkstörungen explorieren lassen, welche die Kriterien für Wahn i.e.S. erfüllten. Im klinischen Alltag hätten sich ebenfalls keine Hinweise auf ein wahnhaftes Geschehen oder auf akustische Halluzinationen gezeigt. Ich-Störungen i.e.S. seien verneint worden. Einschneidende Funktionseinschränkungen hätten sich lediglich im Kontext der Zwänge (z.B. ausgiebige Körperreinigung) gezeigt (AB 100/3 f., 101/2 = 103/3 je unten; vgl. auch AB 77/2 Ziff. 4 und 77/3 Ziff. 6). Der Beschwerdeführer habe der Empfehlung zu einer Verlängerung der Behandlung um weitere vier Wochen nach längeren ambivalenten Abwägungen nicht folgen können (AB 100/4 Mitte). Unter der intensiven psychotherapeutischen Behandlung in der Tagesklinik sei es zu einer leichten Aufhellung der depressiven Symptomatik bei Persistenz der bereits seit Jahren bestehenden Zwangssymptomatik und Ängstlichkeit gekommen (AB 77/3 Ziff. 9; vgl. auch AB 100/3 unten, 100/4, 101/2 = 103/3 und 101/3 = 103/4 je Mitte). Die letzte Tätigkeit als ... sei unter den Bedingungen des ersten Arbeitsmarktes nicht mehr zumutbar, dies vor allem wegen der den Beschwerdeführer überfordernden Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, das Arbeitstempo und die Stressresistenz (AB 77/4 Ziff. 13). Eine angepasste Tätigkeit, welche dem verminderten Arbeitstempo und der eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit Rechnung trage, wäre trotz persistierender Zwangsproblematik und Ängstlichkeit grundsätzlich möglich; bei weiterer Stabilisierung der depressiven Symptomatik sei von einer teilweisen Arbeitsfähigkeit ab voraussichtlich Oktober 2018 auszugehen (AB 77/4 Ziff. 14).

3.3.6 Mit Verlaufsbericht vom 18. Dezember 2018 attestierte med. pract. D._____ einen stationären Gesundheitszustand bei im Wesentlichen unveränderten Diagnosen (jedoch nunmehr ohne Erwähnung der [Verdachts-] Diagnose eines ADS; AB 85/2 Ziff. 1 und 3). Weiterhin attestierte er eine volle Arbeitsunfähigkeit (AB 85/3 Ziff. 11) und erachtete eine Arbeitstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt als nicht mehr zumutbar (AB 85/3 Ziff. 13 f.).

3.3.7 Wie schon im Bericht vom 28. Dezember 2017 (AB 38; vgl. E. 3.3.2 hiervor) wies die RAD-Ärztin Dr. med. F. _____ auch in den Berichten vom 10. Mai (AB 92) und 4. November 2019 (AB 106) darauf hin, dass die Diagnose Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt in allen Berichten ausschliesslich unter Zugrundelegung eigenanamnestischer Angaben des Beschwerdeführers und ohne Berücksichtigung des soziokulturellen Kontextes (Sitten und Gebräuche im Herkunftsland) gestellt und bis heute ohne Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung – mithin ohne objektive Sicherung der Diagnose unter Zugrundelegung der ICD-10-Diagnosekriterien – kritiklos übernommen worden sei (AB 38/7 oben, 92/8 Mitte, 106/8 Mitte). Gegen diese Diagnose spreche, dass beim Beschwerdeführer keine prämorbidem zwanghaften Persönlichkeitszüge festgestellt worden seien, dass keine psychiatrische Vorgeschichte bestehe und dass die Familienanamnese bezüglich Erkrankungen des psychiatrischen Formenkreises leer sei. Gegen die Diagnose spreche ferner, dass die eigenanamnestisch angegebenen Erstsymptome (...) zum einen in das Jahr 2009 (Ausreiseschwierigkeiten, Probleme mit dem Visum) datiert würden. Zum anderen erfülle das geschilderte Verhalten (...), längerdauernde Körperwaschung nach dem Sport, intensives Händewaschen) nicht die Kriterien einer Zwangssymptomatik: Sie stellten keine sinnlosen Handlungen dar, dienten nicht dem Spannungsabbau und seien mit keinem inneren Widerstand assoziiert, sondern hätten einen soziokulturellen Bezug. Von keinem Behandler seien bisher Zeichen einer vermehrten vegetativen Störbarkeit (klinische Zeichen der Anspannung, klinische und laborchemische Stressreaktionen) objektiviert worden, wie sie bei einer leistungsrelevanten chronischen Zwangsstörung nach ICD-10 zu erwarten gewesen wären. Es hätten auch keine inhaltlichen Denk- und keine krankheitswertigen Wahrnehmungsstörungen objektiviert werden können (AB 106/8 f.). Es fehlten auch die charakteristischen Sekundärfolgen z.B. des vorgetragenen Waschzwanges – weder Hauterkrankungen noch Hautmazerationen seien vom Hausarzt festgestellt worden – als auch das charakteristische Vermeidungsverhalten (Vermeiden von Körper- und Sexualkontakt, Vermeiden von Kontakt mit Gegenständen etc.; AB 92/8 Mitte, 106/9 oben). Hausärztlischerseits seien ebenfalls keine behandlungsbedürftigen internistischen Erkrankungen festgestellt worden und es seien bisher keine neurologische, augenärztliche oder HNO-ärztliche Konsiliaruntersuchungen veranlasst

worden (vgl. AB 103/1 Ziff. 5). Die erhobenen klinischen und Laborparameter (vgl. AB 95 ff.) dokumentierten beim 27-jährigen Beschwerdeführer einen normalen Ernährungszustand ohne Zeichen einer Fehl- oder Mangelernährung. Es hätten sich weder klinisch noch laborchemisch Zeichen einer akuten/chronischen Stress-/Disstress-Reaktion feststellen lassen, die das Vorliegen einer chronischen bzw. leistungsrelevanten Stress-Folgeerkrankung (Depression, Anpassungsstörung, Angsterkrankung, PTBS) plausibel nachvollziehbar begründen könnten. Die normalen Prolaktin- und Cortisolspiegel sprächen indirekt für das Vorliegen eines physiologischen Tag-Nacht-Rhythmus ohne Störungen der Homöostase. Das polyvalente Drogenscreening einschliesslich auf Alkohol sei ebenfalls negativ gewesen. Seit der Einreise des Beschwerdeführers in die Schweiz seien – aus krankheitsbedingten Gründen – keine Einschränkungen seines sozialen Funktionsniveaus objektiviert, insbesondere keine Einschränkungen seiner Autonomie, seiner Mobilität, seiner Schul- oder Berufstätigkeit oder seiner sozialen Anpassungsfähigkeit; er könne aktiv am Leben in der Gemeinschaft teilhaben. Er sei in der Lage, auf Hochdeutsch zu kommunizieren. Er sei bindungsfähig und bündnisfähig (Eingehen therapeutischer, partnerschaftlicher und beruflicher Bindungen) als auch situativ anpassungsfähig und veränderungsfähig. Er sei zur Selbstfürsorge (gepflegtes Äusseres) und Fremdfürsorge (Familie, Ehefrau, Kind) fähig. Er habe von psychotherapeutischen Einzel- und Gruppeninterventionen profitieren können, welche ihrerseits das Vorhandensein von Einsichtsfähigkeit und eine ausreichende Selbst- und Fremdwahrnehmung voraussetzten. Alle genannten Eigenschaften (Denken, Verhalten) sprächen ebenfalls gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10; der Beschwerdeführer zeige keine stereotypen Denk- und Verhaltensmuster und er sei einsichtsfähig, anpassungsfähig und veränderungsfähig. Zusammengefasst lägen sowohl seit dem Erstgesuch (2013; AB 1) als auch seit der Neuanmeldung (2017; AB 28) keine Befunde vor, die einen invalidisierenden Gesundheitsschaden im psychiatrischen und/oder somatischen Fachgebiet objektiv ausweisen und plausibel nachvollziehbar begründen könnten (AB 106/9 ff.).

Weiter folgerte die RAD-Ärztin, die Kontextfaktoren zum vorgetragenen Beginn der Symptome (Antrag auf Visum) als auch die soziokulturell angelehnten Inhalte der vorgetragenen Zwangssymptome (gotteslästernde Ge-

danken), die fehlende psychiatrische Vorgeschichte als auch die seit Behandlungsbeginn oberflächliche Behandlungscompliance und eingeschränkte Medikamentencompliance seien einzeln als auch in der Gesamtbetrachtung untypisch für eine Zwangsstörung nach den ICD-10-Diagnosekriterien. Das Sozialverhalten und die aktive Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Vaterschaft 2018, Besuch eines Schwimm- und Computerkurses im Rahmen der Frühinterventionsmassnahmen [vgl. AB 82]) sprächen in gesamtheitlicher Betrachtung gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten psychiatrischen Störung und für Zweckverhalten/Tendenzverhalten (AB 106/10 und 92/8 je unten; vgl. auch AB 38/7 Mitte). Die aktenkundigen Hinweise auf ein Zweckverhalten seien vom behandelnden Psychiater differentialdiagnostisch nicht explizit gewürdigt worden (AB 38/7 unten).

Es lägen keine objektiven Befunde vor, die eine Einschränkung des quantitativen und/oder qualitativen Leistungsvermögens objektiv begründen könnten (AB 38/8, 106/10 unten). Beim Beschwerdeführer bestehe Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für alle Tätigkeiten, die seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprächen, bis zu einem Pensum von 100 % (AB 106/11).

3.3.8 Im Bericht vom 4. Februar 2020 (zu Handen der damaligen Rechtsvertreterin; Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 5) bestätigte med. pract. D. _____, dass die vorgetragene Symptome die Kriterien einer Zwangsstörung erfüllten: Der Beschwerdeführer leide seit mehreren Jahren unter Zwangsgedanken und -handlungen gemischt in Form von zwanghaften Ideen, bildhaften Vorstellungen und Zwangsimpulsen (S. 1 Ziff. 1). Es lägen die Diagnosekriterien einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, depressiven und paranoiden Zügen vor (S. 1 Ziff. 3), ebenso klinisch Stress-Reaktionen (S. 1 Ziff. 2). Es liege keine oberflächliche Behandlungscompliance vor, zumal der Beschwerdeführer seit mindestens 2011 mehrmals in psychiatrischen Kliniken sowohl stationär als auch ambulant betreut worden sei (S. 2 Ziff. 4), ebenso wenig eine eingeschränkte Medikamentencompliance, habe der Beschwerdeführer doch regelmässig seine Medikamente eingenommen (S. 2 Ziff. 6). Im Weiteren stellte med. pract. D. _____ die von der

RAD-Ärztin aufgezeigten Fähigkeiten des Beschwerdeführers (vgl. E. 3.3.7 erster Abschnitt hiervor) in Abrede (S. 2 f. Ziff. 8 ff.).

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

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

3.4.2 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).

3.4.3 Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 41 E. 4.2.2).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung (AB 114) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die fachärztlichen RAD-Beurteilungen vom 10. Mai und insbesondere 4. November 2019 (AB 92, 106; vgl. E. 3.3.7 hiervor) abgestellt. Diese genügen den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. E. 3.4.1 hiervor) und haben damit einen vergleichbaren – mithin vollen – Beweiswert (vgl. E. 3.4.2 hiervor). Die darin gemachten fachärztlichen Ausführungen sind in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden überzeugend begründet, weshalb darauf abzustellen ist. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag den Beweiswert der RAD-Beurteilungen nicht in Zweifel zu ziehen:

3.5.1 Die Beschwerdegegnerin weist in der Beschwerdeantwort, S. 2 f. Ziff. 7, zu Recht darauf hin, der Gesundheitszustand habe sich seit der

rechtskräftigen Leistungsabweisung vom 12. März 2014 (AB 25) nicht verändert: Schon damals wurden seit dem Aufenthalt in ... 2009 bestehende (AB 18/14) Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10 F42.2; DD/Komorbidität: wahnhafte Störung [ICD-10 F22.0] mit episodischem Verlauf) und eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) mit/bei Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 Z73.1) diagnostiziert (AB 18/15, 18/13, 18/11, 18/7 = 103/5 je Mitte, 18/1 Ziff. 1.1; vgl. E. 3.2.1 f. hiervor). Die Neuanschuldigung begründet der Beschwerdeführer selber mit einer seit mindestens 2009 bestehenden schweren Zwangserkrankung (Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt [AB 28/6 Ziff. 6.1; vgl. E. 3.3 hiervor]); auch der den Beschwerdeführer seit dem 29. Juni 2017 behandelnde med. pract. D._____ führt insbesondere im Schreiben vom 4. Februar 2020 (BB 5; vgl. E. 3.3.8 hiervor) aus, der Beschwerdeführer leide seit mehreren Jahren unter Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (S. 1 Ziff. 1) und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, depressiven und paranoiden Zügen (S. 1 Ziff. 3). Hauptsymptome waren und sind die "Stimme des Teufels" und exzessive Waschzwänge (einerseits AB 18/14 Mitte, 18/16, 18/10 = 103/8, 18/7 = 103/5 je unten, 18/8 = 103/6 je oben [vgl. E. 3.2 hiervor] und andererseits AB 58/3 Ziff. 5, 61.2/2 Ziff. 2, 68.1/14 f. Ziff. 3.2.1, BB 5/1 Ziff. 1 [vgl. E. 3.3 hiervor]; vgl. zum Ganzen auch die prozessleitende Verfügung vom 13. März 2020 mit entsprechenden Hervorhebungen). Dies impliziert einen im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustand.

3.5.2 Der Replik und der Eingabe des Beschwerdeführers vom 3. Juli 2020 ist entgegenzuhalten, dass sich eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes nicht mit den gestellten Diagnosen und Prognosen, sondern ausschliesslich durch eine Veränderung in der Beschwerdesymptomatik begründen lässt (vgl. E. 2.4.3 hiervor). Vorliegend räumt der Beschwerdeführer selber ein, dass es sich um das gleiche Störungsbild (Stimmenhören mit begleitenden depressiven Symptomen) handelt. Soweit der Beschwerdeführer die Veränderung des Gesundheitszustandes zusätzlich mit einer nunmehr bestehenden komorbiden depressiven Störung (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, teilerremittiert; AB 77/2 Ziff. 1 f., 100/2 und 101/1 = 103/2 je unten; vgl. E. 3.3.5 hiervor) zu begründen versucht (Replik, S. 2), ist darauf hinzuweisen, dass

schon in den Jahren 2012/13 eine depressive Symptomatik bestanden hat (AB 18/15, 18/13, 18/11 und 18/7 = 103/5 je Mitte). Schliesslich sind auch – entgegen der Replik, S. 3 oben – keine behandlungsbedürftigen internistischen Erkrankungen festgestellt worden (vgl. AB 103/1, 106/9 oben).

3.5.3 Der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Zwangsstörung (vgl. Beschwerde, S. 3 Ziff. 3, sowie Eingabe vom 3. Juli 2020, S. 1) wurde schon im Rahmen der erstmaligen Anmeldung zum Leistungsbezug die IV-rechtliche Relevanz abgesprochen (AB 25). Eine entsprechende Diagnose ist zwar durchwegs gestellt worden, dies jedoch, wie die RAD-Ärztin in nachvollziehbarer Weise ausführt, ausschliesslich unter Zugrundelegung eigenanamnestischer Angaben des Beschwerdeführers bei fachpsychiatrisch fehlenden objektiven Befunden und damit ohne Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung (AB 38/7 oben, 92/8 Mitte, 106/8 Mitte; vgl. E. 3.3.7 hiervor). Dies schränkt die Aussagekraft der Berichte der behandelnden Ärzte stark ein, gilt es doch zu beachten, dass die Prüfung der Authentizität von Beschwerden, von präsentierten Symptomen oder von Leistungseinschränkungen Bestandteil eines jeden versicherungspsychiatrischen Gutachtens ist (vgl. Ziff. 6.2 der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, 3. Aufl. 2016). Aufgrund einer solchen Prüfung hat die RAD-Ärztin einen invalidisierenden Gesundheitsschaden seit jeher und auch weiterhin plausibel und nachvollziehbar verneint, mithin in Ermangelung von Zeichen einer vermehrten vegetativen Störbarkeit (klinische Zeichen der Anspannung, klinische und laborchemische Stress-Reaktionen) und von charakteristischen Sekundärfolgen wie z.B. des vorgetragenen Waschzwanges (weder Hauterkrankungen noch Hautmazerationen) als auch von charakteristischem Vermeidungsverhalten (Vermeiden von Körper- und Sexualkontakt, Vermeiden von Kontakt mit Gegenständen etc.; AB 92/8 Mitte, 106/9 ff.; vgl. E. 3.3.7 hiervor). Zusammenfassend hielt sie fest, die vorgetragenen "Symptome" erfüllten nicht die ICD-10-Kriterien von Zwangssymptomen bzw. einer Zwangsstörung und lägen vorrangig im subjektiven Erleben (AB 106/10 oben). Damit einher geht, dass der Beschwerdeführer seine "Symptome" anlässlich der tagespsychiatrischen Hospitalisation vom 18. Juni bis 7. September 2018 selber dahingehend relativierte, dass er zwar das gelegentliche Auftreten von Stimmenhören

bejahte, dies bisher vor allem bei Erschöpfung oder bei starken Hintergrundgeräuschen aber jeweils ohne dialogisierenden, kommentierenden oder imperativen Charakter. Im klinischen Alltag zeigten sich ebenfalls keine Hinweise auf ein wahnhaftes Geschehen oder auf akustische Halluzinationen; einschneidende Funktionseinschränkungen zeigten sich lediglich im Kontext der Zwänge (z.B. ausgiebige Körperreinigung; AB 100/3 f., 101/2 = 103/3 je unten; vgl. E. 3.3.5 hiervor).

3.5.4 In Bezug auf die weiter vom Beschwerdeführer geltend gemachte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, depressiven und paranoiden Zügen (ICD-10 F61.0; vgl. Beschwerde, S. 3 Ziff. 3) ist darauf hinzuweisen, dass diese Diagnose einzig von med. pract. D. _____ gestellt worden ist (AB 36/1 f., 58/2 f. Ziff. 2 und 4, 62.1/1 f., 85/2 Ziff. 3, BB 5/1 Ziff. 3; vgl. E. 3.3.1, 3.3.6 und 3.3.8 hiervor). Noch in den Jahren 2012/13 wurde keine ähnliche Diagnose (AB 18/1 Ziff. 1.1; vgl. E. 3.2.2 hiervor) bzw. bloss die Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 Z73.1; AB 18/15, 18/13, 18/11 und 18/7 = 103/5 je Mitte; vgl. E. 3.2.1 hiervor) und anlässlich der Hospitalisationen in der Psychiatrie bzw. Tagesklinik I. _____ im Jahr 2018 die Diagnose einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6; AB 72/2 unten, 77/2 Ziff. 3, 100/2 unten, 101/1 = 103/2 je unten; vgl. E. 3.3.4 f. hiervor) gestellt. Die Behandler der psychiatrischen Tagesklinik I. _____ gingen diesbezüglich von einer Persistenz der bereits seit Jahren bestehenden Ängstlichkeit aus (AB 77/3 Ziff. 9), womit diese Symptomatik bereits anlässlich der rechtskräftigen Leistungsabweisung vom 12. März 2014 (AB 25) bestanden hat und dementsprechend entgegen der Meinung des med. pract. D. _____ trotz anderer diagnostischer Einordnung seinerseits (vgl. AB 36/1, 58/2 Ziff. 1 ff., 61.2/1 Ziff. 1) nicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu begründen vermag (vgl. bereits E. 3.5.2 hiervor). Dies zeigte auch die RAD-Ärztin im Bericht vom 4. November 2019 in plausibler und nachvollziehbarer Weise auf (AB 106/9 f.; vgl. E. 3.3.7 hiervor).

3.5.5 Soweit med. pract. D. _____ den Feststellungen der RAD-Ärztin und den von ihr aufgezeigten Fähigkeiten des Beschwerdeführers (AB 106/8 ff.; vgl. E. 3.3.7 hiervor) widerspricht (BB 5/2 f. Ziff. 4 ff.; vgl.

E. 3.3.8 hiervor), worauf sich der Beschwerdeführer in der Beschwerde, S. 3 f. Ziff. 4, beruft, ist festzuhalten, dass er es mehrheitlich damit bewenden lässt, ohne seine anderweitige Auffassung – im Gegensatz zur RAD-Ärztin – zu begründen. Dies vermag die Schlüssigkeit der RAD-ärztlichen Feststellungen nicht in Zweifel zu ziehen (vgl. E. 3.4.2 hiervor). Die nicht durchführbare Exposition (auf Geheiss des ...; AB 18/1 f. Ziff. 1.4; vgl. auch AB 18/13 Mitte) sowie die per 12. Dezember 2013 abgebrochene (AB 18/1 Ziff. 1.2 und 18/2 Ziff. 1.5; vgl. auch AB 18/8 = 103/6 je unten) und erst wieder am 29. Juni 2017 aufgenommene Psychotherapie (AB 36/1), wobei eine empfohlene Verlängerung der tagesklinischen Behandlung vom Beschwerdeführer abgelehnt wurde (AB 100/4 Mitte), verdeutlicht doch, dass beim Beschwerdeführer die von ihm forderbare Behandlungseinsicht weiterhin nicht besteht. Gemäss der früheren Auffassung der Behandler des psychiatrischen Dienstes H._____ bedürfte es zur Behandlung der Zwangsstörung eines Expositionstrainings mit Reizverminderung (AB 18/13 Mitte), welchem zu stellen sich der Beschwerdeführer auf Geheiss seines ... weigerte (AB 18/2 Ziff. 1.4) und – soweit eine solche Behandlung von med. pract. D._____ überhaupt in Erwägung gezogen worden sollte – wohl immer noch zu weigern scheint, womit immer noch nicht von fehlenden oder gescheiterten Therapieoptionen ausgegangen werden kann. Insofern vermag auch die von diesen Behandlern nunmehr gestellte schlechte Prognose (AB 77/3 Ziff. 9) nichts zu ändern.

3.5.6 Abschliessend rechtfertigt sich noch der Hinweis, dass bisher einzig med. pract. D._____ eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte (AB 58/3 Ziff. 9 und 11, 61.2/3, 85/3 Ziff. 11 und 13 f.), wohingegen sämtliche anderen Behandler, soweit sie sich zu dieser Frage überhaupt äusserten, von einer doch weitgehenden Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgingen (so lic. phil. C._____ in der Höhe von 90 % [AB 18/2 f. Ziff. 1.7]) und die Behandler der psychiatrischen Tagesklinik I._____, welche eine angepasste Tätigkeit als grundsätzlich möglich erachteten und bei weiterer Stabilisierung der depressiven Symptomatik von einer teilweisen Arbeitsfähigkeit ab voraussichtlich Oktober 2018 ausgingen [AB 77/4 Ziff. 14]). Tatsächlich war der Beschwerdeführer denn auch vom 1. Februar 2017 (AB 51/2 Ziff. 2.1) bis 31. August 2018 (AB 72/2) bei E._____ angestellt, wobei er gemäss Arbeitgeberfragebogen vom 9. Februar 2018 eine

seinem Lohn entsprechende Leistung erbracht hat (AB 51/4 Ziff. 2.10). Soweit der Beschwerdeführer deswegen eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands vortragen lässt (Eingabe vom 3. Juli 2020, S. 1 f.), ist auf das bereits unter E. 3.5.1 ff. hiervoor Ausgeführte zu verweisen, wonach eine solche Verschlechterung vorliegend nicht erstellt ist. Deshalb sind denn auch die Ausführungen zu den versicherungsmässigen Voraussetzungen (vgl. Beschwerdeantwort, S. 3, Eingaben des Beschwerdeführers vom 18. Mai 2020, S. 3 Ziff. 2, und vom 3. Juli 2020, S. 2) nicht weiter von Relevanz.

3.6 Damit ist gestützt auf beweiskräftigen fachärztlichen RAD-Beurteilungen vom 10. Mai und insbesondere 4. November 2019 (AB 92, 106) der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt hinreichend erstellt, weshalb weitere Abklärungen entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, S. 4 Ziff. 5 f., und Replik, S. 3) nicht angezeigt sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

4.

Nach dem Dargelegten sind vorliegend eine revisionsrelevante Veränderung des Gesundheitszustands (vgl. E. 3.5.1 f. hiervoor) und damit auch ein invalidisierender Gesundheitsschaden (vgl. E. 3.5.3 ff. hiervoor) zu verneinen. Entsprechend ist die angefochtene Verfügung vom 10. Januar 2020 (AB 114) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe inkl. Beilagen des Beschwerdeführers vom 3. Juli 2020)
 - 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.