

200 20 133 IV
JAP/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Mai 2020

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Januar 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1976 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Dezember 2018 unter Hinweis auf Depression, Angst und Schlafdefizit bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm in der Folge erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor, wobei sie insbesondere eine medizinische Abklärung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) veranlasste (Untersuchungsbericht vom 22. Mai 2019; act. II 44). Mit Vorbescheid vom 31. Juli 2019 (act. II 50) stellte sie mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Verneinung eines Leistungsanspruchs in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 54, 56) verneinte die IVB mit Verfügung vom 13. Januar 2020 (act. II 46) entsprechend dem Vorbescheid einen Leistungsanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 13. Februar 2020 hat die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde erhoben. Sie hat beantragt, die Verfügung vom 13. Januar 2020 sei aufzuheben und ihr seien die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten.

In der Beschwerdeantwort vom 16. März 2020 hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

Mit Zuschrift vom 20. April 2020 hat die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen zu den Akten gereicht (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4 f.).

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 13. Januar 2020 (act. II 46). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV.

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

2.2.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierter normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.2.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschil-

derten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.2.3 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). 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) überwie-

gender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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

3.

3.1 Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin bzw. ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Der Hausarzt Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 25. Januar 2019 (act. II 18 S. 3 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Chronic Fatigue Syndrom, differenzialdiagnostisch (DD) Hypersensitivitätssyndrom/psychophysiologische Insomnie. Im klinischen Status und labormässig seien keine Ursachen für die Müdigkeit erkennbar (S. 5). Er attestierte vom 10. bis 22. Oktober 2016 und vom 12. bis 16. März 2018 jeweils eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3) für die Tätigkeit als ... (S. 4). Einschränkungen ergäben sich durch die Müdigkeit und die Konzentrationsschwäche (S. 6).

3.1.2 Im Bericht des Spitals D._____ vom 12. Februar 2019 (act. II 26 S. 1-6) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Verdacht auf somatoforme Störung, DD Hypersensitivität auf Elektrosmog, Erstdiagnose ca. 2018 (Symptome aber seit 2012 vorhanden), und fünf Knie-Arthroscopien (KAS) wegen Binnenläsion Knie rechts

(Zeitraum unklar) gestellt. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien eine transiente Substitutionstherapie bei Hypothyreose (2013) und eine Glaskörperabhebung Auge links (S. 3). Der Patientin wurde vom 17. September bis 17. November 2018 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 2). Sie sei aufgrund von Schlafstörungen übermüdet und könne keiner bzw. fast keiner Arbeit nachgehen oder nur mit Mühe und Unterbrüchen infolge Kopfschmerzen, Kribbeln, Engegefühl im Hals (S. 5).

3.1.3 Der Oberarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht des Spitals D. _____ vom 24. April 2019 (act. II 37 S. 1-6) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein komplexes Syndrom mit/bei psychophysiologischer Insomnie, Symptomatik mit Komponenten des Chronic Fatigue Syndroms, ausgeprägter Elektrosensibilität, Rückzugstendenz und den Verdacht auf eine Persönlichkeitskomponente mit selbstunsicheren und abhängigen Zügen auf (S. 3). Die Patientin sei vom 27. September 2018 bis vorerst 30. April 2019 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1). Die Tätigkeit im angestammten Beruf sei in der aktuellen Umgebung am Arbeitsplatz (...) zurzeit nicht möglich bzw. zumutbar. Dies beziehe sich ausdrücklich nicht auf die Tätigkeit als ..., sondern auf die durch Elektrosmog belastete Umgebung (S. 2). Sie sei in praktisch allen Bereichen des Lebens eindrücklich beeinträchtigt und eingeschränkt. Geklagt werde hauptsächlich über Unvermögen, Irritation aber auch Müdigkeit und äusserst rasche Erschöpfung (S. 3). Die bisherige Tätigkeit scheine nicht mehr zumutbar, ein entsprechender Arbeitsversuch sei gescheitert. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sei eine zwei bis vier Stunden tägliche Tätigkeit an drei Tagen der Woche sicher zumutbar (S. 5).

3.1.4 Im RAD-Untersuchungsbericht vom 22. Mai 2019 (act. II 44) diagnostizierte Dr. med. F. _____ (im Eidgenössischen Medizinalberuferegister ist kein Facharztstitel verzeichnet, eigene Bezeichnung: Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie [...]) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine nicht-organische Insomnie (ICD-10 F51), eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) und eine ängstlich-selbstunsichere (vermeidende) Persönlichkeitsstörung mit abhängigen Anteilen (ICD-10 F60.6; S. 10). Ge-

samteinschätzend liege eine depressive Episode gesichert ab Geburt des Kindes im ... vor (und nicht eine rezidivierende depressive Störung). Deutlich werde im weiteren Verlauf, dass die depressive Symptomatik auf Beeinträchtigungen durch Elektrosmog (Elektrosensitivität) projiziert worden sei. Da die umweltassoziierten Erkrankungen, insbesondere auch die Elektrosensitivität, nach wie vor in Studienlagen nicht belegt sei, werde aus psychiatrischer Perspektive nach möglichen psychiatrischen Gesundheitsstörungen gesucht, die die Symptomatik erklären könnten. Diese liege insbesondere im Rahmen der erwähnten depressiven Episode vor, die die Symptomatik ausgelöst, aufrechterhalten und auch situativ verstärkt habe. Dass nicht primär eine Elektrosensibilität annehmbar sei, zeige der Umstand, dass sich die Symptomatik auch nach dem Umzug im Jahr 2019 nicht wesentlich gebessert habe. Bei der Versicherten lägen Schlafstörungen in so ausgeprägter Weise vor, dass sie die Diagnosestellung einer Insomnie rechtfertigten. Zudem fänden sich eine deutliche kognitive und emotionale Fixierung auf die körperlichen Beeinträchtigungen. Die Versicherte wirke diesbezüglich mit einem hohen Leidensdruck. In der Gesamteinschätzung sei daher das Vorliegen einer undifferenzierten Somatisierungsstörung festzustellen, welche von einer belastungsabhängigen Fatigue-Syndromatik begleitet sei, die ebenfalls als chronifiziert zu bewerten sei (S. 13). Auf der Symptomebene zeigten sich aktuell keine weiteren psychiatrischen Gesundheitsstörungen. Das Vorliegen einer ängstlich-selbstunsicheren (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung sei festzustellen. Darüber hinaus bestünden deutlich abhängige Züge, die allerdings nicht den Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung erreichten, weswegen die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung nicht vergeben werde. Die zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung sei Voraussetzung für die genannten psychiatrischen Gesundheitsstörungen auf der Symptomebene (S. 14). Sowohl im Rahmen der „Begutachtung“ als auch im Tagesablauf zeige die Versicherte deutliche Beeinträchtigungen hinsichtlich der Routinen und der Strukturierung des Alltags. Deutlich zeige sich eine mittelschwere bis situativ schwere Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die insbesondere durch den synergetischen Effekt der vorliegenden psychiatrischen Gesundheitsstörungen, namentlich der depressiven Episode im Verbund mit der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörung, resultierten. Hieraus resultiere auch eine mittelschwere bis teils

schwere Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit. Im Rahmen der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörung komme es zu leichten bis mittelschweren Beeinträchtigungen der Kontaktfähigkeit zu Dritten, mittelschweren Beeinträchtigungen der Gruppenfähigkeit sowie leichten Beeinträchtigungen in dynamischen Beziehungen (S. 15). Zudem fänden sich im klinischen Eindruck leichte kognitive Beeinträchtigungen, insbesondere im Rahmen der depressiven Episode als auch der Aufmerksamkeit. Dies wirke sich wiederum auch nachteilig auf die beruflichen Fähigkeiten aus, sodass hierdurch mittelschwere Beeinträchtigungen bedingt seien. Zudem komme es ebenfalls zu mittelschweren Beeinträchtigungen der Freizeitaktivitäten. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit gesichert seit der Geburt des Kindes im ... ohne Unterbruch von 100 %. Aufgrund der vielfältigen Fähigkeitsbeeinträchtigungen, die aus den psychiatrischen Gesundheitsstörungen resultierten, sei die Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer angestammten als auch einer angepassten Tätigkeit aktuell vollständig aufgehoben (sowohl pensum- als auch leistungsmässig; S. 16).

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

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 mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.3 Nach der medizinischen Aktenlage führten die verschiedenen anamnestisch dokumentierten somatischen Beschwerden nicht zu einer relevanten Einschränkung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit. Die ophthalmologische Problematik (Glaskörperabhebung im Jahr 2014; act. II 26 S. 3 Ziff. 2.6, act. II 26 S. 7) machte keine Behandlung erforderlich, die Schilddrüsenunterfunktion im Jahr 2013 (Hypothyreose) konnte medikamentös substituiert werden (act. II 26 S. 3 Ziff. 2.6, act. II 26 S. 7, act. II 37 S. 2 Ziff. 2.1) und es bestehen keine Anhaltspunkte, dass die rechtsseitigen Kniebeschwerden (fünfmalige KAS; act. II 26 S. 1 Ziff. 2.5, act. II 26 S. 7, act. II 37 S. 2 Ziff. 2.1) das Rendement in der angestammten resp. einer sitzenden Tätigkeit reduzierten.

3.4 In psychiatrischer Hinsicht erfüllt der RAD-Untersuchungsbericht vom 22. Mai 2019 (act. II 44) die Anforderungen an einen beweiskräftigen Bericht (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb darauf grundsätzlich abgestellt werden kann. Er ist umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, beruht auf klinischer Untersuchung (samt psychometrischen Zusatzerhebungen; act. II 38-42), wurde in Kenntnis der Vorakten abgefasst, leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge ein und ist für die Beurteilung der medizinischen Situation nachvollziehbar und schlüssig. Dass Dr. med. F. _____ (Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie [...]) ohne in der Schweiz anerkannten Facharztstitel im Medizinalberuferegister figuriert (vgl. <www.medregom.admin.ch>), ist im vorliegenden Kontext beweisrechtlich irrelevant und wird zu Recht auch nicht gerügt. Denn der Untersuchungsbericht stellt keine Expertise i.S.v. Art. 44 ATSG dar und

selbst für Sachverständige, welche für ein Administrativgutachten eingesetzt werden, genügt eine Fachausbildung, die auch im Ausland erworben sein kann (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.3.2 S. 246 mit Hinweisen). Die Schlussfolgerungen des RAD-Arztes korrelieren prinzipiell mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte. Er legte zudem überzeugend dar, weshalb er die Befundlage sowie die geschilderte Beschwerdesymptomatik diagnostisch teilweise etwas anders einordnete als in den Vorakten. Es bestehen keine divergierenden ärztlichen Berichte, die auch nur leichte Zweifel an der RAD-Beurteilung zu begründen vermöchten. Die medizinische Beurteilung überzeugt, was Befundlage und Diagnostik anbelangt. Darauf ist abzustellen, zu prüfen bleibt jedoch, ob die aus rein medizinischer Optik in der angestammten als auch in leidensadaptierten Tätigkeiten seit ... attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. II 44 S. 16) invalidenversicherungsrechtlich beachtlich ist.

Zu prüfen bleibt also, ob anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen ist, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (vgl. E. 2.2.1-2.2.3 hiervor). Der RAD-Untersuchungsbericht (act. II 44) samt den Erkenntnissen aus den psychometrischen Zusatzerhebungen (act. II 38-42) bietet hierzu eine hinreichende Grundlage.

4.

4.1 Im RAD-Untersuchungsbericht vom 22. Mai 2019 wurde festgehalten, dass sich keinerlei Hinweise weder auf negative Antwortverzerrungen noch symptomverstärkende Darstellungen zeigten; insgesamt fänden sich keine Hinweise auf Aggravation oder gar Simulation (act. II 44 S. 15 Mitte). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus (vgl. E. 2.2.2 hiervor), womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.2.1 und 2.2.3 hiervor).

4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

4.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Im Rahmen der Untersuchung fielen die diagnoserelevanten Befunde gemäss dem Experten mittelgradig ausgeprägt aus (mittelgradig depressive Episode; act. II 44 S. 10 und 12). Die psychopathologische Befunderhebung vom 17. Mai 2019 ergab namentlich eine leichte Verlangsamung im formalen Denken, eine leichte Einengung, dezente Hinweise auf generalisierte Ängste, eine leichtgradig reduzierte emotionale Schwingungsfähigkeit, einen leicht eingeschränkten Zugang zu eigenen Gefühlen, eine leicht bis situativ mässig ausgeprägte Affektlabilität, einen leicht reduzierten Antrieb und einen sozialen Rückzug. Der weitere psychopathologische Befund war unauffällig. Die Beschwerdeführerin war bewusstseinsklar, allseits orientiert ohne Auffassungsstörungen; Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen waren nicht eruierbar. Hypochondrische und phobische Ängste sowie Hinweise auf Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen, für akute Ich-Störungen, Sinnestäuschungen oder Wahn und zirkadiane Besonderheiten konnten nicht festgestellt werden (act. II 44 S. 8). Unter diesen Umständen ist eine erhebliche Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu verneinen, zumal die Beschwerdeführerin auch über einen geregelten Tagesablauf verfügt und in der Lage ist, sich um die im ... geborene Tochter und den Haushalt zu kümmern, während der Ehemann eine vollschichtige ausserhäusliche Tätigkeit ausübt (act. II 44 S. 6).

4.2.1.2 Sodann ist auf Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Zur Behandlung führte Dr. med. F. _____ aus, trotz der vorbestehenden Symptomatik hätten keine nachhaltigen psychiatrischen oder psychotherapeutischen

Massnahmen im Vorfeld der aktuellen Erkrankungsphase (vor der Geburt des Kindes im ...) stattgefunden (act. II 44 S. 12). Es falle auf, dass im Rahmen der ambulanten Psychotherapie eher unspezifisch gearbeitet worden sei. Die depressive Symptomatik scheine keine zentrale Rolle einzunehmen. Es sei wichtig, eine störungsspezifische Psychotherapie durchzuführen. Dies bedeute insbesondere eine Psychoedukation hinsichtlich der depressiven Episode und im Anschluss daran auch eine störungsspezifische Behandlung hinsichtlich des Umgangs mit der depressiven Symptomatik, wozu auch eine motivationale Arbeit hinsichtlich der Behandlung mit Antidepressiva gehöre. Zu betonen sei, dass auch bezüglich der Schlafstörung auf eine entsprechende Psychoedukation und eine Erarbeitung schlafhygienischer Massnahmen, möglicherweise im Verbund mit einer psychopharmakologischen Langzeitbehandlung zu fokussieren seien (act II 44 S. 13). Da die zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung Voraussetzung für die verschiedenen psychiatrischen Gesundheitsstörungen sei, bedeute dies für den therapeutischen Kontext, dass zeitnah eine psychotherapeutische Langzeittherapie nach einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeittherapie im ambulanten Bereich initiiert werden sollte. Die Beschwerdeführerin könne aufgrund ihrer aktuellen familiären Situation von einer tagesklinischen psychiatrischen Behandlung zur Initiierung zentraler therapeutischer Strategien profitieren (act. II 44 S. 14). Im Rahmen der tagesklinisch psychiatrischen Behandlung müsse zwingend auch eine Optimierung der psychopharmakologischen Therapie erfolgen. Mithin kann entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 5) von einer therapeutisch nicht mehr angehbaren psychischen Störung bzw. einer Behandlungsresistenz keine Rede sein. Dies umso mehr, als, wie vom RAD-Arzt ausführlich dargelegt, bislang keine psychiatrische Behandlung lege artis durchgeführt wurde. In Bezug auf die berufliche Eingliederung ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin bis zu ihrer Schwangerschaft erwerbstätig war und sie aus psychiatrischer Sicht erst seit September 2018 arbeitsunfähig geschrieben wurde bzw. gemäss RAD-Untersuchungsbericht seit der Geburt des Kindes im ... eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wird (act. II 29, act. II 44 S. 16). Ein Arbeitsversuch ab Ende Januar 2019 wurde zwar nach kurzer Zeit wieder abgebrochen (act. II 29 S. 4, act. II 44 S. 2 und 15), zu dieser Zeit war jedoch, wie zuvor ausgeführt, keine störungsspezifische ambulante und medikamentö-

se Psychotherapie installiert gewesen. Entsprechende therapeutische Massnahmen erachtet Dr. med. F. _____ als notwendig, um die drohende Erwerbsunfähigkeit abzuwehren (act. II 44 S. 15). Ausserdem äusserte die Beschwerdeführerin anlässlich der RAD-Untersuchung den Wunsch, gerne wieder mit Menschen zu arbeiten (act. II 44 S. 8). Vor diesem Hintergrund kann ebenfalls nicht von einer Eingliederungsresistenz ausgegangen werden.

4.2.1.3 Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f., 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) anbelangt, führte der RAD-Arzt als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nebst der mittelgradig depressiven Episode eine nichtorganische Insomnie, eine undifferenzierte Somatisierungsstörung und eine ängstlich-selbstunsichere (vermeidende) Persönlichkeitsstörung mit abhängigen Anteilen auf (act. II 44 S. 10). Neben diesen psychischen Gesundheitsschäden liegen wie sich aus E. 3.4 hiavor ergibt, keine schweren körperlichen Begleiterkrankungen vor. Hinsichtlich der Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen lässt sich der Einschätzung von Dr. med. F. _____ einzig entnehmen, dass die Persönlichkeitsstörung Voraussetzung für die Entstehung und Aufrechterhaltung der verschiedenen psychiatrischen Gesundheitsstörungen sei (act. 44 S. 14). Weitere Hinweise für (massgebliche) Wechselwirkungen liegen nicht vor.

4.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist festzuhalten, dass zwar eine ängstlich-selbstunsichere (vermeidende) Persönlichkeitsstörung besteht, nicht aber eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, erreichen doch dem RAD-Arzt zufolge die abhängigen Züge nicht den Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung (act. II 44 S. 14). Im psychiatrischen Untersuchungsbefund waren weder Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen eruierbar noch bestanden Hinweise für Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, Ich-Störungen, Sinnes-täuschungen oder Wahn (act. II 44 S. 8). Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin hat sie eine Ausbildung zur ... abgeschlossen und absolvierte eine Weiterbildung zur ...und im Jahr 2014 zum „...“ (act. II 2 S. 5, act. II 29, act. II 44 S. 2). Sie verfügt damit über ausgewiesene berufliche Fähigkeiten und der berufliche Werdegang zeigt auch eine Lern- und Ver-

änderungsbereitschaft. Insgesamt kann von erhaltenen persönlichen Ressourcen ausgegangen werden.

4.2.3 Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) konstatierte Dr. med. F._____ einen sozialen Rückzug (act. II 44 S. 8). Diesbezüglich ist anzumerken, dass wohl eine gewisse Rückzugstendenz besteht (act. II 37 S. 3 Ziff. 2.5, act. II 44 S. 8), die Beschwerdeführerin verfügte nach eigenen Angaben jedoch schon immer über wenige Freundschaften und der Kontakt zu den Eltern bzw. den Schwestern ist v.a. durch die invaliditätsfremde Migration in die Schweiz reduziert (act. II 44 S. 6). Trotzdem pflegt sie weiterhin Kontakte zu diesen Personen (vgl. auch Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 4). Sodann ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin mit dem Ehemann sowie der Tochter zusammen lebt und vom Ehemann eine starke Unterstützung erfährt (act. II 44 S. 3). Der RAD-Arzt erwähnte denn auch als Ressource das gute Unterstützungssystem von Seiten des Ehemannes (act. II 44 S. 14). Insoweit hält das soziale Umfeld durchaus gewisse Ressourcen bereit.

4.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie „Konsistenz“. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.).

4.3.1 Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) bemerkte der RAD-Arzt keine Inkonsistenzen (act. II 44 S. 16). Des Weiteren hielt auch Dr. med. E._____ dafür, die Beschwerdeführerin sei praktisch in allen Bereichen des Lebens eindrücklich und nahezu invalidisierend eingeschränkt (act. II 37 S. 3 Ziff. 2.4), er verneinte aber gleichzeitig jegliche Einschränkung im Haushalt (act. II 37 S. 6 Ziff. 4.5). Dies ist unbestritten und stimmt mit den subjektiven Angaben zu den alltäglichen Lebensverrichtungen anlässlich der Untersuchung vom 17. Mai 2019 überein. So kann den Ausführungen der Beschwerdeführerin zum Tagesablauf entnommen werden, dass die Tochter in der Regel gegen 06:30 Uhr aufwache (an den zwei Tagen mit ...betreuung) bzw. an den drei Tagen, an denen sie die Tochter betreue, so um 07:30-08:00 Uhr. Danach werde zusammen gefrühstückt, gespielt und spazieren gegangen. Sie sei dann auch viel im Haushalt beschäftigt mit Kochen, Einkaufen. Im Haushalt könne sie

alles machen; beim Erledigen der Einkäufe gäbe es keine Probleme. Wenn ihr Mann – der gegen 05:00 Uhr aufstehe und das Haus früh verlasse – um 20:00 Uhr nach Haus komme, werde gegessen und um 22:00 Uhr zu Bett gegangen. An den Wochenenden werde versucht, spazieren zu gehen, oder es werde mit dem Auto in die Natur gefahren oder auf Spielplätze gegangen. Ferner gab die Beschwerdeführerin an, an Weihnachten und im April zu ihren Eltern nach ... gefahren zu sein (act. II 44 S. 6). Auch wenn der RAD-Arzt keine Diskrepanzen bemerkte (act. II 44 S. 15 f.), korrespondieren der geregelte Tagesablauf sowie die Aktivitäten (Kindererziehung und -betreuung, Haushaltsführung, Kochen, Einkaufen, Spazieren, Ausflüge, Besuche im Ausland usw.) und erhaltenen Fähigkeiten nicht mit der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in leidensadaptierten Tätigkeiten (act. II 46 S. 16). Das Aktivitätsniveau ist folglich nicht in sämtlichen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt.

4.3.2 In Bezug auf den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck und in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin keine Psychopharmaka einnimmt (act. II 44 S. 4) und bisher keine adäquate psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung stattgefunden hat, was auch angesichts der noch ungenutzten therapeutischen Optionen (act. II 44 S. 12-14, vgl. E. 4.2.1.2 hiervor) auf einen geringen tatsächlichen Leidensdruck hinweist. Daran vermögen die verschiedenen Anpassungen der Beschwerdeführerin zum Schutz vor Elektrosmog nichts zu ändern (vgl. Beschwerde S. 6 und Zuschrift der Beschwerdeführerin vom 20. April 2020), zumal sie trotz des postulierten Leidensdrucks (Beschwerde S. 7 lit. D. Ziff. 2) über eine E-Mail-Adresse sowie ein Mobilfunktelefon verfügt und sie diese gegenüber der Verwaltung als auch den behandelnden Arztpersonen mitteilt und nutzt (act. II 2 S. 1, act. II 32.2 S. 2, act. II 37.2 S. 7, act. II 45).

4.4 Im Rahmen der Beweiswürdigung ergibt die Gesamtbetrachtung, dass die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt sind (vgl. E. 2.2.1-2.2.3

hiervor). Insbesondere stehen der Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz, der Komplex Sozialer Kontext und die Kategorie „Konsistenz“ klar der attestierten 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit entgegen. Folglich hat die Beschwerdegegnerin keine unzulässige juristische Parallelprüfung vorgenommen (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364 und E. 4.3 S. 367 f., 144 V 50 E. 4.3 S. 54). Weil nach dem Ausgeführten das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu verneinen ist, ist auf die durch den RAD-Arzt attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten als auch in leidensadaptierten Tätigkeiten (act. II 44 S. 16) aus rechtlicher Optik nicht abzustellen.

5.

Zusammengefasst kann der medizinisch begründeten Schätzung der Arbeitsunfähigkeit, auf welche sich die Beschwerdeführerin beruft, unter rechtlichen Aspekten nicht gefolgt werden. Vielmehr hat die Beschwerdegegnerin einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu Recht verneint. Die Verfügung vom 13. Januar 2020 (act. II 46) ist daher nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 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 die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

6.2 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g

ATSG [Umkehrschluss]. Die Beschwerdegegnerin hat als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (mitsamt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 20. April 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.