

200 23 869 IV
SCP/ZID/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. Januar 2024

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. November 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... und zuletzt vom 20. Dezember 2021 bis 31. März 2023 als ... der C._____ AG angestellt, meldete sich im Oktober 2023 unter Hinweis auf ein Burnout und Depressionen (mit attestierter Arbeitsunfähigkeit ab 20. Juni 2022) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage der IV [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen; unter anderem holte sie die Akten des Krankentaggeldversicherers (AB 15, 33) ein. Sie gewährte zunächst Frühinterventionsmassnahmen (Rückentraining [AB 19] und Ausbildungskurs [AB 25; vgl. auch AB 23]), stellte dann aber nach Konsultationen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 27, 38; vgl. auch AB 30) mit Vorbescheid vom 8. August 2023 die Abweisung beruflicher Massnahmen in Aussicht (AB 39). Auf Einwand des Versicherten (AB 43) hin, in dessen Rahmen er ein vom Krankentaggeldversicherer zwecks 'Plausibilisierung der Arbeitsfähigkeit' veranlassstes Kurzgutachten des Dr. med. univ. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Juni 2023 (AB 43/10 ff.) einreichte, holte die IVB eine Stellungnahme des RAD vom 18. September 2023 (AB 46) ein. In der Folge stellte sie mit weiterem Vorbescheid vom 21. September 2023 mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsbegehrens sowohl in Bezug auf berufliche Massnahmen als auch auf eine Rente in Aussicht (AB 47). Auf erneuten Einwand des Versicherten hin (AB 48) und nach Einholung einer Stellungnahme des RAD vom 6. November 2023 (AB 51) verfügte die IVB am 9. November 2023 (AB 52) wie angekündigt.

B.

Hiergegen liess der Versicherte, wie schon im Vorbescheidverfahren vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 7. Dezember 2023 Beschwerde erheben. Er beantragt, in Aufhebung der angefochtenen

Verfügung sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abzuklären und auf dieser Basis den Rentenanspruch erneut zu prüfen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Januar 2024 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 9. November 2023 (AB 52). 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 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Mit Blick auf die (Erst-)Anmeldung zum Leistungsbezug im Oktober 2023 (AB 1) liegt der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung eines Rentenanspruchs nach dem 1. Januar 2022 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), weshalb die diesbezüglichen Bestimmungen des IVG, des ATSG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der ab dem 1. Januar 2022 gültigen Fassung Anwendung finden (Rz. 9100 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

2.2 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 ausge-

glichenen 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).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ist den Akten das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 In somatischer Hinsicht sind beim Beschwerdeführer ein schwerstes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (unter gut funktionierender CPAP-Therapie seit Dezember 2019 ohne exzessive Tagesschläfrigkeit), eine Adipositas (unter Diät), eine Dyslipidämie, eine Hyperferritinämie, ein Verdacht auf Praxishochdruck, ein Status nach nichtprovozierter erstmaliger idiopathischer Lungenembolie beidseits mit/bei fehlendem Hinweis auf Thrombophilie (Februar 2020), eine allergische Lokalreaktion frontal links mit Ödembildung nach Insektenstich (August 2020), eine Knie-Meniskus-Operation rechts (2012) und eine Hand-Operation (1990) aktenkundig (AB 11/4 ff.; vgl. auch AB 43/12).

3.1.2 Am 20. Juni 2022 wurde der Beschwerdeführer von seinem Hausarzt dem psychiatrischen Notfalldienst der psychiatrischen Dienste E. _____ zugewiesen. Im Anamnesegespräch erklärte der Beschwerdeführer, dass es ihm in letzter Zeit immer schlechter gegangen sei und er zuletzt konkrete Suizidpläne entwickelt habe. Seine Probleme hätten vor allem mit seiner derzeitigen Arbeitsstelle zu tun, in der er seit einem halben Jahr in leitender Position im ... tätig sei. Er stehe beruflich unter starkem Druck; er habe immer mehr zusätzliche Aufgaben übertragen bekommen. Psychische Vorerkrankungen sowie traumatische Erlebnisse in seinem Leben seien nicht bekannt; er habe eine schöne Kindheit gehabt. Von den Behandlern wurde der Beschwerdeführer mangels Hinweisen auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung gleichentags entlassen, dies verbunden mit der Empfehlung, die fruchtenden Gespräche (v.a. mit dem Hausarzt) fortzuführen und sich im Falle von Suizidgedanken wieder auf dem Notfall zu melden. Als Diagnose wurde der Verdacht auf eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) gestellt (AB 11/2 f.).

In der Folge attestierte der Hausarzt eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 20. Juni 2022 für voraussichtlich drei bis vier Wochen (AB 15.2/1).

3.1.3 Der den Beschwerdeführer seit Juli 2022 in wöchentlichen Intervallen ambulant behandelnde Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 19. September 2022 (zu Händen des Krankentaggeldversicherers) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) sowie eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) und attestierte aktuell (seit Behandlungsbe-

ginn) eine volle Arbeitsunfähigkeit (jedoch mit Ferienfähigkeit vom 29. August bis 10. September 2022 sowie vom 8. bis 12. Mai 2023; AB 15.2/5 f. Ziff. 1, 4, 7, 12 und 14; vgl. auch AB 15.2/2 ff. und /9 f. sowie 31/1 ff.). Aufgrund der Anpassungsstörung sei noch keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit möglich (AB 15.2/6 Ziff. 18). In der Kranken-anamnese vermerkte er eine Überforderung beim jetzigen Arbeitgeber mit Anpassungsstörung, Überbelastung, mangelnder Stressbewältigung, gedrückter Stimmung, Schlafstörung und akuter Suizidalität (AB 15.2/6 Ziff. 9). Auf die Frage nach dem bisherigen Therapieerfolg antwortete er mit "gute Entwicklung, keine Suizidalität, Aufhellung der Stimmungslage" (AB 15.2/6 Ziff. 17). Er erachtete eine andere, dem Krankheitsverlauf angepasste Tätigkeit als möglich und zumutbar, wobei er den Zeitpunkt als noch unklar bezeichnete (AB 15.2/7 Ziff. 19).

Auch gegenüber der Beschwerdegegnerin führte Dr. med. F. _____ im Bericht vom 12. Dezember 2022 bei unveränderten Diagnosen (AB 18/5 Ziff. 2.5) aus, die depressive Symptomatik sei deutlich zurückgegangen, die Stimmungslage sei (leicht) aufgehellt, Antriebslosigkeit bestehe nur noch teilweise, der Schlaf sei ohne grosse Störungen und eine Suizidalität sei zu verneinen (AB 18/4 f. Ziff. 2.2 und 2.4). Noch stehe die Angstsymptomatik im Vordergrund (AB 18/5 Ziff. 2.4). Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit erweise sich als ungünstig (AB 18/5 Ziff. 2.7), ausser im Fall einer optimalen Lösung (in Bezug auf ein menschliches Arbeitsklima, die Anforderungen und den Arbeitsort; AB 18/8 Ziff. 4.3 f.).

3.1.4 Nach Meinung der RAD-Ärztin Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 8. März 2023 sei unter Berücksichtigung des von Dr. med. F. _____ dokumentierten Psycho-status (vgl. AB 15.2/8) von einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) auszugehen (AB 27/5); das Vorliegen einer schwereren Depression sei nicht plausibel. So würden seit Juli 2022 keine Behandlungsintensivierungen dokumentiert und trotz berichteter Aufhellung der Stimmungslage und erhaltener Ferienfähigkeit durch den ambulant behandelnden Psychiater weiterhin unverändert eine schwere depressive Episode postuliert. Medizinisch-theoretisch klinge eine einmalige depressive Episode nach fünf bis sechs Monaten wieder vollständig ab. Anschliessend seien

den Betroffenen wieder sämtliche Tätigkeiten, die ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechen, in einem Pensum bis 100 % ohne qualitative Leistungsminderung zumutbar (AB 27/6 Ziff. 3). Auch Anpassungsstörungen dauerten nicht länger als sechs Monate an. Hielten die Symptome länger als sechs Monate an, sollte die Diagnose in Übereinstimmung mit dem gegenwärtigen klinischen Bild geändert und die andauernden Belastungen unter Verwendung der Z-Codierung verwendet werden (AB 27/6 Ziff. 1).

3.1.5 Damit (vgl. E. 3.1.4 hiavor) konfrontiert, nahm der behandelnde Psychiater gegenüber der Eingliederungsfachperson der Beschwerdegegnerin dahingehend Stellung, dass die Diagnose zu Beginn gestellt werde und sich dann nicht verändere. Die Situation habe sich dank der guten Compliance des Beschwerdeführers deutlich verbessert, doch bestehe weiterhin eine affektive Störung insbesondere in Stresssituationen. Deswegen sei ein langsamer Einstieg in einem wohlwollenden Umfeld wichtig; geplant sei eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeit ab Juni 2023 auf 60 %. Eingliederungsmassnahmen seien möglich und erwünscht (Aktennotiz vom am 18. April 2023; AB 30; vgl. auch AB 33.2/14 ff.).

Gemäss ärztlichem Zeugnis des behandelnden Psychiaters vom 30. Mai 2023 befand er den Beschwerdeführer auch im Juni 2023 voll arbeitsunfähig (AB 34/2).

3.1.6 Im Verlaufsbericht vom 30. Mai 2023 ging der behandelnde Psychiater von einem verbesserten Gesundheitszustand aus (AB 36/1 Ziff. 1). Als Diagnosen nannte er (ohne Codierung) eine schwere depressive Episode und eine posttraumatische Belastungsstörung (AB 36/2 Ziff. 3). Der Beschwerdeführer klagte weiterhin über Müdigkeit, Antriebslosigkeit, innere Unruhe und Schlafstörungen (AB 36/2 Ziff. 5; vgl. auch AB 43/6 Ziff. 2). Die Prognose sei günstig (AB 36/3 Ziff. 9). Die bisherige Erwerbstätigkeit sei wegen des langen Arbeitswegs, der Verantwortung und der Überforderung in Bezug auf die übernommenen Aufgaben nicht mehr zumutbar (AB 36/4 Ziff. 13; vgl. auch AB 43/6 ff. Ziff. 4, 7 f. und 18), wogegen Tätigkeiten mit kurzem Arbeitsweg und mit Verantwortung in einer Führungsfunktion durchaus zumutbar seien (AB 36/4 Ziff. 14; vgl. auch AB 43/9 Ziff. 19). Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt (AB 36/4 Ziff. 16).

3.1.7 Nach Einschätzung der RAD-Psychiaterin im Bericht vom 2. August 2023 seien die vom psychiatrischen Behandler attestierten Einschränkungen bzw. Arbeitsunfähigkeiten nicht nachvollziehbar. Insbesondere werde der Gesundheitszustand als verbessert und die Prognose als günstig beurteilt, in Widerspruch dazu würden aber berufliche Massnahmen abgelehnt und die bisherige Tätigkeit als nicht mehr zumutbar erachtet (AB 38/5 Ziff. 1). Neu werde erstmals eine posttraumatische Belastungsstörung postuliert, doch sei nicht ersichtlich, wie der psychiatrische Behandler diese Diagnose hergeleitet habe (AB 38/5 f. Ziff. 2).

3.1.8 Erst nach Erlass des Vorbescheids vom 8. August 2023 (AB 39) wurde der Beschwerdegegnerin mit den Einwänden (AB 43) das vom Krankentaggeldversicherer zwecks 'Plausibilisierung der Arbeitsfähigkeit' veranlasste Kurzgutachten des Dr. med. univ. D. _____ vom 18. Juni 2023 (AB 43/10 ff.) zur Kenntnis gebracht. Nach Meinung des Gutachters entsprächen die vom Behandler im psychopathologischen Befund vom September 2022 ausgewiesenen Symptome (vgl. E. 3.1.3 hiervor) einem mittleren Schweregrad einer depressiven Episode und diejenigen vom Mai 2023 (vgl. E. 3.1.6 hiervor) einer weitgehend remittierten depressiven Episode (AB 43/12). In Würdigung der Aktenlage sei festzustellen, dass sich als Basis für die Krankschreibung ab September 2022 eine mittelgradig depressive Episode habe objektivieren lassen; anhand der im psychopathologischen Befund von Mai 2023 ausgewiesenen Symptome hätte keine Depressionsdiagnose mehr gestellt werden dürfen. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung habe der Beschwerdeführer Beschwerden geltend gemacht, die vor allem mit Ängsten betreffend einen Stellenantritt verbunden seien, u.a. die Angst, erneut eine Anstellung zu verlieren, was sich mit Blick auf die fehlende Motivation, sich beim RAV anzumelden, als Vermeidungsverhalten interpretieren lasse. Fehlende Motivation und Lustlosigkeit lägen denn auch nicht in allen Lebensbereichen vor und seien somit nicht als Symptome einer affektiven Störung zu interpretieren. Gesamthaft sei unter Würdigung der Aktenlage festzuhalten, dass sich zum aktuellen Zeitpunkt mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine affektive Störung mehr feststellen lasse. Gegenwärtig dürfe vom Vorliegen einer remittierten depressiven Episode (ICD-10 F32.4) ausgegangen werden (AB 43/13 f. ad Frage 3). So liege subjektiv ein befriedigender Nachtschlaf

ohne Tagesmüdigkeit vor. Aktuell fühle sich der Beschwerdeführer von der Stimmungslage ausgeglichen; Freude könne er wieder erleben und seinen Interessen (hobbymässig ... und [Wochenend-]Ausflüge mit dem Camper) gehe er regelmässig nach. Es bestünden keine Belastungen im Leben. Der Haushalt werde infolge Vollerwerbstätigkeit der Ehefrau durch ihn erledigt. Eine Tagesstruktur liege vor. Suizidgedanken hätten einmalig im Juli 2022 vorgelegen (AB 43/13 ad Fragen 1 und 2). Anhand der eigenanamnestischen Schilderungen (aufgrund seiner aufbrausenden Art habe er mehrere Arbeitsstellen verloren; vgl. AB 43/13 ad Frage 1) sei zudem vom Vorliegen einer Impulskontrollstörung (ICD-10 F63.9) auszugehen. Da im Rahmen der aktuellen Untersuchung auf Basis der festgestellten Diagnosen keinerlei Fähigkeitsbeeinträchtigungen im Alltagsleben zu erwarten seien, seien die remittierte Episode wie auch die Impulskontrollstörung als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszuweisen (AB 43/14 ad Frage 3).

3.1.9 Dr. med. G._____ kam im Bericht vom 18. September 2023 (AB 46) zum Schluss, dass in der Gesamtschau auch der im Anhörungsverfahren eingegangene fachärztliche Bericht (vgl. E. 3.1.8 hiervor) gegen das Vorliegen einer versicherungsmedizinisch relevanten Erkrankung im psychiatrischen Fachgebiet spreche: Dr. med. univ. D._____ habe einen Psychostatus ohne Krankheitswert dokumentiert und der Beschwerdeführer habe über einen aktiven Tagesablauf und über Freude beim Ausüben verschiedener Hobbies und Freizeitaktivitäten berichtet. Auch die gutachterliche Einschätzung, dass sodann die Impulskontrollstörung keinen Einfluss auf das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers habe, sei vor dem Hintergrund, dass die Anstellungsverhältnisse gemäss IK-Auszug jeweils zwischen drei bis zehn Jahren andauert hätten (vgl. AB 8), medizinisch plausibel und nachvollziehbar. Entsprechend seien dem Beschwerdeführer sämtliche seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechenden Tätigkeiten in einem Pensum bis zu 100 % zumutbar.

Am 6. November 2023 ergänzte Dr. med. G._____, dass bei einer lediglich aus den Selbstauskünften des Beschwerdeführers hergeleiteten Diagnose bei gleichzeitig fehlenden krankheitswertigen objektiven Befunden im psychiatrischen Fachgebiet und gutachterlich dokumentierten feh-

lenden Fähigkeitsbeeinträchtigungen im Alltagsleben überwiegend wahrscheinlich weiterhin von einem uneingeschränkten funktionellen Leistungsvermögen des Beschwerdeführers ausgegangen werden könne. Für die von der Rechtsvertreterin in diagnostischer Hinsicht neu zur Diskussion gestellte leistungslimitierende Persönlichkeitsstörung (vgl. AB 48/2 Ziff. 1 i.f.) lägen keinerlei objektiv erhobene Befunde im psychiatrischen Fachgebiet vor. Es würden durch die Rechtsvertreterin auch keine neuen fachärztlichen Berichte vorgelegt, in denen diese Diagnose festgestellt worden wäre. Unter Berücksichtigung sämtlicher medizinischer Vorberichte, der in den Akten dokumentierten objektiv erhobenen Befunde, der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Klagen und der sich daraus ableitenden Diagnose einer einmaligen depressiven Episode und einer lediglich aus den Selbstauskünften des Beschwerdeführers hergeleiteten Diagnose einer nicht näher bezeichneten Impulskontrollstörung habe der RAD auf eine volle Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten erkannt (AB 51).

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

3.2.1 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).

3.2.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberoücksichtigen. 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, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3). 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).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mit-

hin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich vorliegend massgeblich auf die RAD-Stellungnahmen vom 18. September (AB 46) und 6. November 2023 (AB 51; vgl. Beschwerdeantwort, S. 2 Ziff. 4) und damit auf die RAD-ärztliche Würdigung des vom Krankentaggeldversicherer veranlassten Kurzgutachtens des Dr. med. univ. D._____ vom 18. Juni 2023 (AB 43/10 ff.). Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt hat, womit der angefochtene Entscheid unter Einbezug des vom Krankentaggeldversicherer zwecks 'Plausibilisierung der Arbeitsfähigkeit' veranlassten Kurzgutachtens des Dr. med. D._____ getroffen wurde. Unabhängig voneinander kamen der RAD und der Gutachter des Krankentaggeldversicherers zum Schluss, dass im Sommer 2022 höchstens eine mittelgradige depressive Episode vorgelegen habe (AB 27/5 f., 38/4, 43/12 und /13 ad Frage 3), diese in der Folge abgeklungen (AB 27/6 Ziff. 3) bzw. remittiert (AB 43/12 und /14 ad Frage 3) sei und sich folglich nicht (mehr) auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (AB 27/6 Ziff. 3, 43/14 ad Frage 3). All diese Berichte erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Berichte gestellten Anforderungen und überzeugen. Der Umstand, dass die RAD-Beurteilungen allein aufgrund der Akten erstellt wurden, vermag keine Schmälerung des Beweiswerts zu begründen, beruhen diese doch auf einer vollständigen medizinischen Aktenlage (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Zudem führte Dr. med. univ. D._____ (zusätzlich) eine klinische Exploration des Beschwerdeführers durch (vgl. AB 43/10). Gestützt darauf werden die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und dessen Verlauf sowie zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet dargestellt. Was der Beschwerdeführer dagegen einwenden lässt, überzeugt nicht:

3.3.1 Dr. med. univ. D._____ hat im Rahmen der persönlichen Untersuchung den Psychostatus selber erhoben und dabei namentlich eine aus-

gegliche Stimmung festgestellt (AB 43/13 ad Frage 2). Das erweist sich aufgrund der anamnestisch erhobenen Angaben des Beschwerdeführers, wonach er sich von der Stimmungslage ausgeglichen fühle, wieder Freude erleben und seinen Freizeitbeschäftigungen nachgehen könne (AB 43/13 ad Frage 1; vgl. betreffend Freizeitaktivitäten auch AB 15.3/5), als nachvollziehbar. Dagegen sind die Statusberichte des behandelnden Psychiaters, wonach eine objektiv schwer gedrückte Stimmungslage vorliege (AB 15.2/8, 43/6), stereotyp verfasst und diese stehen zudem in Widerspruch zu den angegebenen Therapieerfolgen, wonach von einer guten Entwicklung und Aufhellung der Stimmungslage (AB 15.2/6 Ziff. 17) bzw. einer unter Therapien ausgeglicheneren und stabileren Stimmung (AB 43/8 Ziff. 9) berichtet wird. Auf diesen Widerspruch wies schon die RAD-Psychiaterin hin (AB 27/6 Ziff. 3, 38/5 Ziff. 1).

3.3.2 Dass der Beschwerdeführer, welcher seinen sonstigen Interessen regelmässig nachgeht (AB 43/13 ad Frage 1), keine Motivation verspürt, sich auch der beruflichen Wiedereingliederung zu stellen oder sich beim RAV anzumelden (vgl. AB 43/11), interpretiert Dr. med. univ. D. _____ nachvollziehbar als Vermeidungsverhalten und nicht als Symptom einer affektiven Störung (AB 43/14 ad Frage 3). Dies korreliert denn auch mit der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers im Abklärungsbericht des Krankentaggeldversicherers vom 12. Oktober 2022, wonach er sich eine Arbeitstätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber oder in einer anderen Funktion im Moment unmöglich vorstellen könne (vgl. dazu auch AB 12/3) und er denn auch Zeit habe bzw. sich nehme, um sich bis zum Ende der Kündigungsfrist zu erholen (AB 15.3/4 f.). Soweit er vortragen lässt, er sei seit Jahren – von Suizidgedanken geplagt – psychisch angeschlagen (vgl. Beschwerde, S. 6 Ziff. 3.2), widerspricht dies den echtzeitlichen Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, wonach keine psychischen Vorerkrankungen, namentlich in der Vergangenheit keine Suizidversuche, vorlägen (AB 11/3). Gegenüber Dr. med. univ. D. _____ führte der Beschwerdeführer denn auch präzisierend aus, Suizidgedanken seien einmalig im Juli 2022 vorgelegen (AB 43/13 ad Frage 2). In Übereinstimmung mit Dr. med. univ. D. _____ (AB 43/14 ad Ziff. 3) ist nach dem eben Ausgeführten eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleich-

baren Lebensbereichen und damit eine affektive Störung zu verneinen bzw. von einer Remission der depressiven Episode auszugehen.

3.3.3 Ebenso wenig vermag der Beschwerdeführer mit seiner Kritik durchzudringen, der von ihm berichteten gestörten Impulskontrolle sei zu Unrecht nicht Krankheitswert beigemessen worden (vgl. Beschwerde, S. 6 f. Ziff. 3.3). Dass Dr. med. univ. D. _____ und die Psychiaterin des RAD aus der geltend gemachten Störung namentlich aufgrund der Erwerbsbiographie keine Funktionsbeeinträchtigungen ableiten, erweist sich als überzeugend begründet. Der Beschwerdeführer durchlief nach eigenen Angaben eine schöne Kindheit, frei von traumatischen Erlebnissen (AB 11/3), schloss eine Berufslehre erfolgreich ab, bildete sich später während drei Jahren als ... (2008 - 2010) weiter und war in seinen bis 2014 (gemäss IK-Auszug; AB 8) langjährigen Anstellungen auch als ... tätig (AB 12/1). Aufgrund dieser Feststellungen durften sowohl Dr. med. univ. D. _____ als auch die RAD-Psychiaterin ohne Weiteres annehmen, die geltend gemachten Impulskontrollverluste, für welche der Beschwerdeführer sich im Übrigen steuerungs- bzw. behandlungseinsichtig zeigte (vgl. AB 43/13 ad Frage 1), seien nicht funktionsbeeinträchtigend. In Anbetracht der bis ins 46. Altersjahr (2014) unauffälligen Gesundheits- und Erwerbsbiographie kann denn auch das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, welche im Übrigen auch von den behandelnden Ärzten nie in Erwägung gezogen wurde, ohne weiteres ausgeschlossen werden.

3.3.4 Zwar hat der Beschwerdeführer seit 2014 deutlich kürzere Arbeitsverhältnisse (sowie Zeiten von Arbeitslosigkeit) zu verzeichnen (vgl. AB 8). Indessen begründete er die häufigeren Stellenwechsel selber mit Unwohlsein und Unzufriedenheit seinerseits (AB 12/2 oben). Beschwerdeweise (S. 7 Ziff. 3.4) macht er nun (sinngemäss) geltend, aus medizinischer Sicht nicht in der Lage zu sein, sowohl seine erlernte Tätigkeit als ... als auch die zuletzt innegehabte Funktion eines (Co-)Geschäftsführers ausüben zu können. Wie dargelegt ist dafür jedoch kein medizinischer Grund ersichtlich. Wenn die RAD-Ärztin ausführt, der Beschwerdeführer könne Tätigkeiten ausüben, die seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprächen (AB 27/6 Ziff. 3), meint sie damit offensichtlich nicht medizinische Aspekte, insbesondere da aus somatischer Sicht keine Einschränkungen bestehen (vgl.

E. 3.3.5 nachfolgend). Dass schliesslich im ... seit den Ausbildungsabschlüssen des Beschwerdeführers ein Umbruch (mit der damit verbundenen Unzufriedenheit des Beschwerdeführers) stattgefunden hat, stellt schliesslich ein wirtschaftlich bedingtes und nicht ein gesundheitsbedingtes Hindernis dar.

3.3.5 Abschliessend rechtfertigt sich noch der Hinweis, dass die somatischen Befunde (vgl. E. 3.1.1 hiervor) weder einschränkend sind noch einer weitergehenden Behandlung bedürfen. Befragt nach dem körperlichen Gesundheitszustand wies der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. D._____ einzig auf das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom hin, welches mit einer CPAP-Maske therapiert werde und womit sich Lustlosigkeit, Abgeschlagenheit und Tagesmüdigkeit gebessert hätten (AB 43/12).

3.4 Nach dem Dargelegten gestatten die verfügbaren Unterlagen entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers eine zuverlässige Beurteilung des Leistungsbegehrens. Die Beschwerdegegnerin hat den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Weiterer Abklärung (wie im beschwerdeweisen Rechtsbegehren beantragt) bedarf es nicht (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).

Gestützt darauf ist erstellt, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden besteht. Die Beschwerdegegnerin hat damit einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mit Verfügung vom 9. November 2023 (AB 52) zu Recht verneint. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist ohne Weiterungen abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht 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 in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Entschädigungsanspruch (Art. 104 Abs. 3 VRPG; vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.