

IV 200 2025 16  
KOJ/SCC/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. Juni 2025**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Isliker  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

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

Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. November 2024



## Sachverhalt:

### A.

Die 1984 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) arbeitete ab 16. Februar 2004 in einem Teilzeitpensum als ... in einer ... (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 12, 16/3 ff.). Die Versicherte meldete sich im August 2023 (act. II 1) wegen "Burnout" bei der IVB zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an. Die IVB holte die Akten der Taggeldversicherung (act. II 4.1-4.4) sowie einen Fragebogen Arbeitgebende (act. II 16/3 ff.) ein und führte am 4. September 2023 ein Erstgespräch (act. II 12). Es wurden Berichte des Hausarztes vom 20. Oktober 2023 (act. II 24/1 ff.) sowie der Psychiatrischen Dienste des Spitals C.\_\_\_\_\_ (C.\_\_\_\_\_ AG) vom 28. Februar 2023 (act. II 24/7 f.), 3. Oktober 2023 (act. II 27) und 28. März 2024 (act. II 30) eingereicht. In der Folge veranlasste die IVB eine Beurteilung der medizinischen Akten durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Bericht vom 23. April 2024 [act. II 34/6 f.]). Der Hausarzt reichte den Verlaufsbericht vom 24. April 2024, zusammen mit weiteren medizinischen Berichten (act. II 37/2 ff.), ein. Gegen den Vorbescheid vom 23. Mai 2024 (act. II 40), mit welchem die IVB mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne die Verneinung eines Anspruchs auf Leistungen in Aussicht gestellt hatte, erhob die Versicherte Einwände (act. II 42, 46). Die C.\_\_\_\_\_ AG reichte einen weiteren Verlaufsbericht vom 12. September 2024 (act. II 53/2 ff.) ein. Mit neuem Vorbescheid vom 11. Oktober 2024 (act. II 56) stellte die IVB abermals in Aussicht, mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne werde ein Anspruch auf Leistungen der IV verneint. Dagegen erhob die Versicherte am 15. November 2024 (act. II 59) Einwand. Am 21. November 2024 (act. II 61) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

**B.**

Mit Eingabe vom 8. Januar 2025 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt das Folgende:

1. Die Verfügung vom 21. November 2024 sei aufzuheben.
2. Die Akten seien zwecks vollständiger Erhebung des medizinisch relevanten Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zur Neubeurteilung zurückzuweisen.
3. Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, vorgängig dem Erlass einer verfahrensabschliessenden Verfügung eine medizinische Begutachtung bezüglich des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und deren Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Fachbereich Psychiatrie anzuordnen.
4. Eventualiter sei bezüglich des Gesundheitszustandes und daraus ableitend bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit Beschwerdeantwort vom 11. März 2025 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 16. Mai 2025 reichte die Beschwerdeführerin einen Austrittsbericht des Psychiatrischen Ambulatoriums der C.\_\_\_\_ AG vom 17. Februar 2025 ein (Beschwerdeakten [act. I] 5).

**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 21. November 2024 (act. II 61). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV und in diesem Zusammenhang insbesondere die Vollständigkeit der Abklärung des medizinischen Sachverhalts.

**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 Abs. 1 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). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.2.2** Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49; SVR 2024 IV Nr. 30 S. 102, 8C\_492/2023 E. 5.1).

## **3.**

**3.1** Die angefochtene Verfügung vom 21. November 2024 (act. II 61) stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Folgende:

**3.1.1** Im Erstbeurteilungsbericht vom 28. Februar 2023 (act. II 24/7 f.) diagnostizierten M.Sc. D.\_\_\_\_\_, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, und E.\_\_\_\_\_ (im Psychologieberuferegister [[www.healthreg-public.admin.ch](http://www.healthreg-public.admin.ch)]) nicht verzeichnet), Psychiatrisches Ambulatorium der C.\_\_\_\_\_ AG, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) im Sinne einer Erschöpfungsdepression (ICD-10: Z73). Sie hielten fest, die Beschwerdeführerin beginne eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Sie wünsche gegenwärtig keine medikamentöse Behandlung, was im Verlauf neu evaluiert werde. Ab 28. Februar 2023 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

**3.1.2** Im Bericht vom 3. Oktober 2023 (act. II 27) diagnostizierte dipl. Arzt F.\_\_\_\_\_ (im Medizinalberuferegister [MedReg; [www.healthreg-public.admin.ch](http://www.healthreg-public.admin.ch)]) ohne Facharztstitel verzeichnet), Psychiatrisches Ambulatorium der C.\_\_\_\_\_ AG, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) im Sinne einer Erschöpfungsdepression (ICD-10: Z73; act. II 27/3 Ziff. 2.5). Er hielt fest, alle drei bis vier Wochen finde eine Behandlung statt (act. II 27/2 Ziff. 1.2). Aufgrund von Ängsten der Beschwerdeführerin gegenüber psychiatrischen Medikamenten werde vorerst eine Medikation auf pflanzlicher Basis (Laithea 80 mg und Relaxane) vorgenommen (act. II 27/3 Ziff. 2.3). Die Beschwerdeführerin leide bereits seit mehreren Jahren unter starker Erschöpfung, schneller Ermüdbarkeit, reduziertem Antrieb, Konzentrationsschwierigkeiten, Appetitlosigkeit, gelegentlichen Ein- und Durchschlafschwierigkeiten sowie Grübeln verbunden mit Zukunfts- und Existenzängsten. Im Alltag habe sie besonders Schwierigkeiten mit der Erledigung diverser Inhalte und einen erhöhten Bedarf an kleinen Schlafpausen von ca. 30 Minuten (entweder einmal morgens oder nachmittags). Ein gewünschter Erholungseffekt könne jedoch daraus nicht gezogen werden. Die Stimmung sei wechselhaft, es gebe Phasen mit besseren und schlechteren Tagen. Aktuell sei die Stimmung gedrückt (act. II 27/3 Ziff. 2.2). Es erfolge eine Weiterführung der sozialpsychiatrischen Behandlung mit kognitiv-behavioralem Schwerpunkt und gleichzeitiger Unterstützung des hausinternen Sozialdienstes. Therapeutischer Fokus liege auf Wertearbeit, kognitivem Reframing starrer und dysfunktionaler Interpretationsmuster sowie Selbstfürsorge (act. II 27/4 Ziff. 2.8).

**3.1.3** Im Bericht vom 20. Oktober 2023 (act. II 24) diagnostizierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1; act. II 24/3 Ziff. 2.5). Es bestünden Erschöpfungsanzeichen (act. II 24/2 Ziff. 2.2). Aktuell sei bei ihm keine Behandlung vorgesehen (act. II 24/3 Ziff. 2.8).

**3.1.4** Im Verlaufsbericht vom 28. März 2024 (act. II 30) hielten Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, M.Sc. I. \_\_\_\_\_, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, und M.Sc. J. \_\_\_\_\_, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, Psychiatrisches Ambulatorium der C. \_\_\_\_\_ AG, fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei unverändert (act. II 30/2 Ziff. 1). Es finde eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting mit kognitiv-behavioralem Schwerpunkt in zweiwöchentlicher Frequenz (act. II 30/2 Ziff. 7) sowie eine medikamentöse Behandlung mit Escitalopram statt (act. II 30/3 Ziff. 8). Es bestehe bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. II 30/3 Ziff. 11). Vor dem Hintergrund der depressiven Erkrankung zeigten sich Einschränkungen in der Planung und Strukturierung, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie in der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit. Die mangelnde Belastbarkeit zeige sich im Bedarf nach längeren Erholungsphasen im Alltag (z.B. 30-minütige Schlafpausen während des Tages; act. II 30/3 Ziff. 12). Eine ergänzende medizinische Abklärung sei nicht angezeigt (act. II 30/3 Ziff. 18).

**3.1.5** Im Operationsbericht vom 15. April 2024 (act. II 37/21) hielt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, C. \_\_\_\_\_ AG, fest, bei einem beginnenden, klinisch rechtsbetonten Karpaltunnelsyndrom beidseits sei ein endoskopisches Release des Nervus medianus rechts durchgeführt worden.

**3.1.6** Im Bericht vom 17. April 2024 (act. II 37/11) hielt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Handchirurgie sowie für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, fest, es liege postoperativ ein zeitgerechter Verlauf vor. Er empfehle regelmässige Wundkontrollen und zwei Wochen postoperativ eine Nahtmaterialentfernung sowie eine Schonung der Hand für grössere Belastungen für vier bis sechs Wochen.

**3.1.7** In der ärztlichen Beurteilung vom 23. April 2024 (act. II 34/6 f.) diagnostizierte Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1). Er hielt fest, der mittlere Schweregrad der depressiven Störung sei durch die objektiven Befunde ausgewiesen. Die auslösenden psychosozialen Faktoren, die zur depressiven Störung geführt hätten und die die Beschwerdeführerin in der Anmeldung als "Burnout" benannt habe, seien wegen des Ausprägungsgrades aus RAD-Sicht nicht rentenausschliessend. Möglicherweise spiele eine Persönlichkeitsakzentuierung in der Verarbeitung und im Sinne der Depressions-Vulnerabilität eine Rolle, was psychotherapeutisch behandelt werden müsse. Eine Persönlichkeitsstörung sei hingegen nicht diagnostiziert worden und es gebe auch keine Hinweise auf eine solche. Der chronifizierte Verlauf mit bis zuletzt unklarer Arbeitsfähigkeits-Prognose seitens der Behandler sei aber aus Sicht des RAD mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Therapie zurückzuführen, die bislang nicht lege artis verlaufe. Die angebotene Therapiefrequenz (zuerst alle drei bis vier Wochen, danach alle zwei Wochen) sei nicht mit der objektivierten Schwere der Erkrankung und insbesondere nicht mit der durchgängig attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % kompatibel. Ebenso sei eine antidepressive Pharmakotherapie (Escitalopram 10 mg) erst im Zeitraum zwischen dem Arztbericht vom 3. Oktober 2023 und dem Verlaufsbericht vom 28. März 2024 installiert worden, wobei genaue Angaben zum Zeitpunkt der Einstellung fehlten. Hieraus einen nicht adäquat ausgeprägten Leidensdruck der Beschwerdeführerin abzuleiten, wäre nicht korrekt, da die Behandelnden der C.\_\_\_\_\_ AG die adäquate Therapie nicht angeboten hätten. Zum Konsistenzfaktor der gleichmässigen Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen könne nach Aktenlage nicht Stellung genommen werden. Dennoch solle nach Beurteilung des RAD zum aktuellen Zeitpunkt keine Begutachtung erfolgen, sondern zunächst die Therapie lege artis intensiviert werden. Erforderlich sei eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in wöchentlicher Frequenz mit Beibehaltung und allenfalls Dosisanpassung des Antidepressivums; falls hier in absehbarer Zeit keine Besserung via Eingliederungsfähigkeit erreicht werde, sei eine weitere Therapieintensivierung in Form einer stationären Behandlung erforderlich. Etwa sechs Monate nach der Therapieintensivierung respektive bei stationärer Behandlung nach Würdigung des Austrittsberichts sollte medizinisch neu

beurteilt werden. Auch die angestrebte Wirkung des neu eingestellten Antidepressivums werde noch eine gewisse Zeit benötigen; der vorgeschlagene Zeitraum von sechs Monaten sei hierfür jedoch ausreichend. Diesbezüglich sei die Einnahme-Compliance zu prüfen (act. II 34/6). Seit 28. Februar 2023 bestehe durchgehend eine medizinisch begründete 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 34/6). Nach Therapieintensivierung und anschliessender erfolgreicher Eingliederung sei medizinisch-theoretisch von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ohne Leistungsminderung in der angestammten oder einer angepassten Tätigkeit auszugehen (act. II 34/7).

**3.1.8** Im Verlaufsbericht vom 24. April 2024 (act. II 37/2 ff.) diagnostizierte der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ ein chronisches Fatigue-Syndrom, einen Status nach "Burnout" und eine mittelgradige Depression im Sinne einer Erschöpfungsdepression (act. II 37/2 Ziff. 3) und ging davon aus, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe (act. II 37/2 Ziff. 1). Die Prognose sei eher gut, ein Rückfall wegen des chronischen Fatigue-Syndroms sei nicht auszuschliessen (act. II 37/3 Ziff. 9).

**3.1.9** Gemäss Aktennotiz des RAD-Arztes Dr. med. M.\_\_\_\_\_ vom 4. Juni 2024 (act. II 41) sei die Einnahme-Compliance der Beschwerdeführerin bezüglich des verordneten Antidepressivums Escitalopram gemäss Laborbefund vom 14. Mai 2024 (act. II 39) ausgewiesen.

**3.1.10** Im Verlaufsbericht vom 12. September 2024 (act. II 53/2 ff.) diagnostizierten dipl. Ärztin N.\_\_\_\_\_ (im MedReg [[www.healthreg-public.admin.ch](http://www.healthreg-public.admin.ch)] verzeichnet mit "überprüftes, nicht anerkanntes Diplom aus dem Ausland"), die Psychotherapeutin M.Sc. I.\_\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_\_, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, Psychiatrische Dienste der C.\_\_\_\_\_ AG, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) im Sinne einer Erschöpfungsdepression (ICD-10: Z73; act. II 53/2 Ziff. 3). Sie hielten fest, dass sich der Gesundheitszustand leicht verbessert habe (act. II 53/2 Ziff. 1). Es fänden aktuell "2-3 wöchentlich" psychotherapeutische Termine statt (act. II 53/3 Ziff. 7). Die Konzentrationsfähigkeit und Merkfähigkeit der Beschwerdeführerin sei deutlich reduziert, ebenso die Belastbarkeit. Die Beschwerdeführerin ermüde rasch und benötige dann längere Regenerationsphasen, was nicht mit einem normalen Arbeitsplatz

vereinbar sei (act. II 53/3 Ziff. 12). Aktuell sei nicht beurteilbar, welche Tätigkeiten ihr zumutbar seien (act. II 53/3 Ziff. 14).

**3.1.11** Im Austrittsbericht vom 17. Februar 2025 (act. I 5), eingereicht im vorliegenden Beschwerdeverfahren, diagnostizierte dipl. Ärztin N. \_\_\_\_\_ eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Sie hielt in der Begründung fest, bei einer ersten Scheidungsverhandlung im Dezember 2024 seien die Kinder und das gemeinsame Haus dem Noch-Ehemann zugesprochen worden, was die Beschwerdeführerin stark destabilisiert und die bis dorthin mittelgradige depressive Symptomatik deutlich verschlechtert habe. Trotz der Erhöhung der Medikation auf bis zu 20 mg Escitalopram sei sie sehr erschöpft und müde. Die dadurch verstärkten Existenzängste und die erlebte Hilflosigkeit sowie die erfahrene Ablehnung der Kinder belasteten die Beschwerdeführerin sehr stark, sodass sie lebensmüde sei und teils auch suizidale Gedanken ohne Handlungsabsichten geäussert habe. Ein stationäres Setting sei überlegt worden, die Beschwerdeführerin habe jedoch abgelehnt, da sie im Januar 2025 ein Stellenangebot gehabt habe.

**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).

**3.3** Die ärztlichen Berichte von dipl. Arzt F. \_\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2023 (act. II 27), Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 28. März 2024 (act. II 30) und dipl. Ärztin N. \_\_\_\_\_ vom 12. September 2024 (act. II 53) sowie der Aktenbericht des RAD-Arztes Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 23. April 2024 (act. II 34; inklusive Aktennotiz vom 4. Juni 2024 [act. II 41]), worin die Behandelnden und der RAD übereinstimmend die Diagnose einer mittelgradigen

depressiven Episode (ICD-10: F32.1) im Sinne einer Erschöpfungsdepression (ICD-10: Z73) resp. einer mittelgradigen depressiven Episode allein stellten, sind in medizinischer Hinsicht, insbesondere die Befunde, die Diagnose und die Ausführungen zur Behandlung betreffend, schlüssig und überzeugend. Da sie die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte (E. 3.2.1 hiervor) erfüllen, ist in medizinischer Hinsicht darauf abzustellen.

Die behandelnden Ärzte gingen in ihren Beurteilungen von einer seit 28. Februar 2023 in jeglicher Tätigkeit bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus (act. II 27/2 Ziff. 1.3, 30/3 Ziff. 11, 53/3 Ziff. 11), was auch der RAD-Arzt Dr. med. M. \_\_\_\_\_ in der ärztlichen Aktenbeurteilung vom 23. April 2024 – zumindest für die nächsten sechs Monate – bestätigte mit der Begründung, es sei zunächst die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu intensivieren (act. II 34/6), erst danach sowie nach anschließender erfolgreicher Eingliederung sei der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch die angestammte oder eine angepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar (act. II 34/7).

Diesen Einschätzungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin kann indessen aus rechtlichen Gründen nicht gefolgt werden: Von einer lege artis erfolgten medizinischen Schätzung ist aus triftigen Gründen abzuweichen, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit letztlich im Ergebnis, unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt (BGE 148 V 49 E. 6.2.1 S. 53). Dies ist hier der Fall, da sich eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen rechtsprechungsgemäss nicht als schwere psychische Krankheit definieren lässt. Besteht dazu ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 55). Dies gilt auch oder gerade dann, wenn die beteiligten Ärzte (wie hier der RAD; act. II 34/6) von einem von den psychosozialen Umständen losgelösten resp. verselbstständigten Gesundheitsschaden ausgehen. Nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten liegen hier

nicht vor; dies gilt ebenfalls für das vom Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 24. April 2024 (act. II 37) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte chronische Fatigue-Syndrom, welches er nicht mit Befunden begründete (vgl. act. II 37/3 Ziff. 6). Zu den therapeutischen Optionen ist zu bemerken, dass zu Beginn gemäss Bericht des dipl. Arzt F. \_\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2023 (act. II 27/2 f. Ziff. 1.2 und 2.3) überhaupt keine antidepressive Medikation erfolgte, sondern eine Behandlung auf pflanzlicher Basis; zudem wurde die Beschwerdeführerin lediglich in einem Intervall von drei bis vier Wochen psychiatrisch/psychotherapeutisch behandelt. Die Behandlungen wurden zwischen dem Bericht vom 3. Oktober 2023 und dem Verlaufsbericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 28. März 2024 (act. II 30/2 f. Ziff. 7 f.) zwar insoweit intensiviert, als dass der Beschwerdeführerin das Medikament Escitalopram verschrieben wurde, dessen Einnahme-Compliance nachgewiesen ist (vgl. act. II 41); auch erfolgten die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen nunmehr in kürzeren Intervallen von zwei bis drei Wochen (act. II 30/1 Ziff. 7, 53/3 Ziff. 3). Damit besteht bei der Beschwerdeführerin aber auch weiterhin ein bedeutendes psychiatrisch-psychotherapeutisches Behandlungspotential (vgl. dazu in BGE 143 V 66 nicht publ. E. 5.3.2 des Urteils des BGer 8C\_814/2016 vom 3. April 2017, wonach ein Termin alle zwei bis drei Wochen für eine konsequente Depressionstherapie ungenügend ist), worauf denn auch der RAD-Arzt Dr. med. M. \_\_\_\_\_ in der ärztlichen Stellungnahme vom 23. April 2024 nachvollziehbar hinwies (act. II 34/6), hielt er doch dafür, dass eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit wöchentlicher Frequenz und allenfalls eine stationäre Behandlung durchzuführen sei (act. II 34/7). Damit ist nach dem oben Erwähnten die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Gewichtige Gründe, um bei der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) im Sinne einer Erschöpfungsdepression (ICD-10: Z73) dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung zu schliessen (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 55), liegen hier nicht vor. Dies umso weniger, als dass die dipl. Ärztin N. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 12. September 2024 (act. II 53/2 Ziff. 1.1) eine leichte Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes attestierte und mittelfristig eine Verbesserung der Symptomatik prognostizierte (act. II 53/3 Ziff. 9). Die Beschwerdeführerin bestreitet ebenfalls nicht (Beschwerde, S. 7 Ziff. 18), dass eine Intensivierung der

psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (medikamentös mit Escitalopram und mit idealerweise wöchentlichen Gesprächstherapien) weiterhin möglich ist. Es ist in dieser Hinsicht nicht massgebend, dass die C.\_\_\_\_\_ AG für eine adäquate Therapie zu wenig Kapazität hat (Beschwerde, S. 7 oben). Denn die Frage des invalidisierenden Charakters einer mittelgradigen depressiven Störung stellt sich objektiv, d.h. es ist allein zu fragen, ob Therapiemöglichkeiten als solche bestehen, unabhängig davon, ob sie konkret angeboten bzw. in Anspruch genommen werden oder nicht.

Am Ergebnis, dass hier eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten und dazu ein bedeutendes therapeutisches Potential vorliegt, vermögen die Berichte des Hausarztes und der behandelnden Psychotherapeutin, welche beide über keinen Facharztstitel in Psychiatrie verfügen, nichts zu ändern: Der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ überwies die Beschwerdeführerin aufgrund der depressiven Symptome und den starken Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten zur Behandlung an das psychiatrische Ambulatorium der C.\_\_\_\_\_ AG (act. II 24/1; vgl. auch deren Anamnese [act. II 24/7]) und verwies folglich auf den Bericht der C.\_\_\_\_\_ AG vom 28. Februar 2023 (act. II 24/2 Ziff. 1.4 und 2.1 f.). Im Bericht vom 24. April 2024 (act. II 37/2 Ziff. 1) ging er zudem von einem verbesserten Gesundheitszustand aus und stellte eine gute Prognose (act. II 37/3 Ziff. 9). Die Psychotherapeutin M.Sc. D.\_\_\_\_\_ ging im Bericht vom 28. Februar 2023 (act. II 24/7) bei psychosozialen Belastungsfaktoren (Scheidung, Existenz- und Zukunftsängste wegen Schliessung der ... und damit einhergehender drohender Arbeitslosigkeit), welche die depressiven Symptome verstärkt hätten, von einem verselbstständigten Gesundheitsschaden aus (vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 587, 9C\_272/2009 E. 5.2) und diagnostizierte eine mittelgradige depressiven Episode (ICD-10: F32.1) im Sinne einer Erschöpfungsdepression (ICD-10: Z73), wobei die behandelnden Ärzte die Diagnose bestätigten. Indessen überzeugt die Beurteilung der Therapeutin insofern nicht, als dass sie vom diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit schliesst, was nicht angeht (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.1 S. 54).

Soweit die Beschwerdeführerin in der Anmeldung und anlässlich des Erstgesprächs angab, sei leide an einem "Burnout" (act. II 1/6 Ziff. 6.1 und 12/3; vgl. auch Beschwerde, S. 3 Bst. A Rz. 2), ist zu bemerken, dass ein so bezeichneter Erschöpfungszustand bei Personen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen in psychosozialen Belastungssituationen auftreten kann. Dies entspricht indes keiner Erkrankung im Sinne der anerkannten internationalen Klassifikationssysteme, weshalb ein "Burnout" nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fällt (SVR 2012 IV Nr. 52 S. 188, 9C\_537/2011 E. 3.1).

**3.4** Die Beschwerdeführerin macht mit dem Austrittsbericht des Psychiatrischen Ambulatoriums der C.\_\_\_\_\_ AG vom 17. Februar 2025 (act. I 5) eine ab Dezember 2024 – somit nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. November 2024 (act. II 61) – eingetretene Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands geltend. Dipl. Ärztin N.\_\_\_\_\_ hielt fest, die Beschwerdeführerin sei für ein engmaschigeres Setting an die vorbehandelnde Psychotherapeutin J.\_\_\_\_\_ überwiesen worden. Weiter wies sie ebenfalls auf ein therapeutisches Potential hin, da bei einer Verschlechterung der Symptomatik ein stationäres Setting nochmals zu überlegen sei. Der Austrittsbericht vom 17. Februar 2025 ist hier nicht mehr zu berücksichtigen, da das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheides in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war und Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein sollen (BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213, 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140; SVR 2022 UV Nr. 46 S. 183, 8C\_655/2021 E. 6.3.1). Das Vorliegen einer Verschlechterung ab Dezember 2024 oder später dahingehend, dass möglicherweise eine schwere invalidisierende psychische Störung im Rechtssinne (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 55) bestünde, ist allenfalls im Rahmen einer Neuanmeldung zu berücksichtigen bzw. abzuklären.

**3.5** In somatischer Hinsicht wurde ein beginnendes, klinisch rechtsbetontes Karpaltunnelsyndrom beidseits am 15. April 2024 erfolgreich operativ behandelt (act. II 37/21) und diesbezüglich eine Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen attestiert (act. II 37/7). Damit liegt in somatischer Hinsicht

kein die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränkender Gesundheitsschaden vor.

**3.6** Insgesamt hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt hinreichend abgeklärt. Weitere Beweiserhebungen, namentlich die beantragte psychiatrische Begutachtung (vgl. Beschwerde, S. 2 Ziff. I/3, I/4), sind nicht angezeigt, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (in BGE 151 III 28 nicht publ. E. 5.2 des Urteils des BGer 9C\_298/2024 vom 14. August 2024; 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. 162, 9C\_296/2018 E. 4).

**3.7** Nach dem Dargelegten ging die Beschwerdegegnerin zutreffend davon aus, dass die Beschwerdeführerin mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne keinen Anspruch auf Leistungen der IV hat. Die angefochtene Verfügung vom 21. November 2024 (act. II 61) ist daher nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen 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 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 (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 16. Mai 2025)
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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