

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 19. Januar 2016 abgewiesen (9C_146/2015).

200 13 1026 IV
ACT/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Januar 2015

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiber Jakob

GastroSocial Pensionskasse
Bahnhofstrasse 86, Postfach, 5001 Aarau
Beschwerdeführerin



gegen

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

A. _____
vertreten durch **B.** _____

Beigeladene

betreffend Verfügung vom 6. November 2013

Sachverhalt:

A.

Die 1974 geborene A. _____ (fortan Versicherte bzw. Beigeladene) meldete sich am 15. Mai 2009 unter Hinweis auf eine Depression bei der IV-Stelle Bern (fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese gewährte Integrationsmassnahmen (AB 21, 33, 46) und sprach ihr nach erwerblichen sowie medizinischen Abklärungen mit Verfügung vom 22. Juni 2011 (AB 87) bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab 1. November 2009 eine ganze Invalidenrente zu. Auf Beschwerde der GastroSocial Pensionskasse (fortan Vorsorgeeinrichtung bzw. Beschwerdeführerin) hin (AB 79) hob das Verwaltungsgericht des Kantons Bern die Verfügung mit Urteil vom 1. Mai 2012, IV/2011/621 (AB 88), auf und wies die Sache zur weiteren Abklärung an die Verwaltung zurück.

In der Folge ermittelte die IVB gestützt auf eine psychiatrische Expertise vom 4. Dezember 2012 (AB 98.1) einen Invaliditätsgrad von 70 % und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 4. Januar 2013 (AB 99) die Ausrichtung einer ganzen Rente in Aussicht. Hiermit zeigte sich die Vorsorgeeinrichtung unter Verweis auf ein von ihr eingeholtes Gutachten vom 8. Februar 2013 (AB 105/2-15) nicht einverstanden (AB 105/1), worauf die IVB eine Ergänzung des Administrativgutachtens (AB 98.1) veranlasste (AB 111) und die Vorsorgeeinrichtung dazu Stellung nehmen liess (AB 115). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 116) gewährte sie der Versicherten mit Verfügung vom 6. November 2013 (AB 120) entsprechend dem Vorbescheid wiederum ab 1. November 2009 eine ganze Invalidenrente.

B.

Mit Eingabe vom 19. November 2013 erhob die Vorsorgeeinrichtung Beschwerde und beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Be-

schwerdegegnerin zurückzuweisen; eventualiter sei der Versicherten höchstens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 8. Januar 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Nachdem die Versicherte mit prozessleitender Verfügung vom 14. Februar 2014 zum Verfahren beigelegt worden war und mit Zuschrift vom 8. März 2014 auf eine Stellungnahme verzichtet hatte, ordnete der Instruktionsrichter unter Berücksichtigung der Mitwirkungsrechte der Parteien ein psychiatrisches Gerichtsgutachten an (vgl. Verfügungen vom 15. Mai und 12. Juni 2014; Ergänzungsfragen der Beschwerdeführerin vom 28. Mai 2014 bzw. Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 4. Juni 2014).

Zum Gerichtsgutachten vom 8. November 2014 (in den Gerichtsakten) nahm die Beschwerdeführerin am 10. Dezember 2014 Stellung und beantragte in Abänderung ihrer Rechtsbegehren sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig und ersatzlos aufzuheben.

Während sich die Beigeladene nicht mehr vernehmen liess, hielt die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 16. Dezember 2014 fest, dass die Beschwerde mindestens teilweise gutzuheissen sein werde, jedoch weitere Angaben zum Verlauf der depressiven Symptomatik benötigt würden, um diesbezüglich abschliessend Stellung nehmen zu können.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist als Vorsorgeeinrichtung im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 i.V.m. Art. 49 Abs. 4 ATSG; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. März 2014, 9C_620/2013, E. 2). 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 6. November 2013 (AB 120). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2

ATSG). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente.

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 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der ursprünglichen Rentenverfügung vom 22. Juni 2011 (AB 87) auf die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Dieser diagnostizierte in seiner Aktenbeurteilung vom 9. November 2010 (AB 57) eine bipolare affektive Störung Typ II, mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F31.31), und verwies auf die behandelnde Psychiaterin, welche die bisherige Tätigkeit für unzumutbar erachtete und eine konsequente Leistungsentlastung mit vorübergehender Berentung empfahl (AB 55). An dieser Einschätzung hielt Dr. med. C._____ am 16. Juni 2011 fest (AB 77), nachdem Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in einem durch die Beschwerdeführerin veranlassten Gutachten vom 17. März 2011 (AB 75/2-17) die bipolare Störung als gegenwärtig remittiert (ICD-10: F31.7) und die bisherige Tätigkeit nach einer Rekonditionierung für uneingeschränkt zumutbar beurteilt hatte.

3.1.2 Im Nachgang zum VGE IV/11/621 (AB 88) wurde die Beigeladene in der Klinik E._____ psychiatrisch exploriert. Im Administrativgutachten vom 4. Dezember 2012 (AB 98.1) vermerkte der damalige Chefarzt Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F31.31), rezidivierend seit zumindest 2008, sowie akzentuierte abhängige Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1). Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und erachtete eine leidensadaptierte Hilfstätigkeit während durchschnittlich zirka vier Stunden täglich für zumutbar.

3.1.3 Im von der Beschwerdeführerin daraufhin aufgelegten Gutachten vom 8. Februar 2013 (AB 105/2-15) konnte Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, keine bipolare affektive Störung nachweisen; er diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, seit Herbst 2012 leicht- bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0 bzw. F33.1), sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: 73.1) und attestierte eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit.

3.1.4 Auf Empfehlung des RAD-Arztes (AB 108) holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. F. _____ eine ergänzende Stellungnahme (AB 111) ein, in welcher dieser am 15. April 2013 erklärte, es liege in diagnostischer Sicht eine bipolare affektive Störung Typ II mit rezidivierend hypomanischen und manifest depressiven Episoden vor, die im Administrativgutachten fälschlicherweise unter F31.3 statt F31.8 (sonstige bipolare affektive Störung) der ICD-10 kodiert worden sei. Die Leistungsfähigkeit unterliege starken Schwankungen, mehrere Integrationsfachleute seien (im Rahmen der Integrationsmassnahmen) – unabhängig voneinander – zum Schluss gelangt, dass im Längsschnitt maximal eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe und der angestammte Beruf unzumutbar sei.

3.1.5 Dr. med. G. _____ hielt am 31. Mai 2013 an seiner Beurteilung fest (AB 115) und Dr. med. C. _____ sah am 18. Juni 2013 aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Gründe, weshalb die Verwaltung nicht auf die Einschätzung von Dr. med. F. _____ abstellen sollte (AB 116).

3.1.6 Am 8. November 2014 erstattete Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, das Gerichtsgutachten (in den Gerichtsakten). Darin vermerkte sie die folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 36 lit. A Ziff. 4.1):

«double depression» im Sinne einer Dysthymie bei neurotischer Fehlentwicklung und bei Status nach situationsbezogenen mittelgradigen depressiven Episoden, im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung verbunden mit starken regressiven Tendenzen (ICD-10: F34.1), aktuell ICD-10: F33.4, bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (abhängig; ICD-10: Z73.1).

Sie hielt fest, dass aufgrund der Dysthymie als Grundstörung nicht mehr als eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 45 lit. B) und die Belastbarkeit

bereits ab Eintritt ins Berufsleben in diesem Ausmass vermindert gewesen sei (S. 47 lit. C Ziff. 3). Für die bisherige Tätigkeit im ... attestierte sie eine wöchentliche Arbeitsfähigkeit von 21 Stunden und für jene als ... eine solche von 50 %. Die Variationsbreite der dabei bestehenden Leistungseinschränkung sei hoch, die Verminderungen würden durch die regressiven Tendenzen verstärkt (S. 47 f. lit. C Ziff. 4 f.). In einer leidensadaptierten Tätigkeit (mit teilweiser Entlastung von strukturierenden administrativen Aufgaben) bescheinigte sie eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 4.2 Stunden täglich ohne Leistungseinschränkung (S. 49 lit. C Ziff. 13 f.).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.1 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach konstanter Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe gerade darin besteht, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist, von unzutreffenden Sachverhaltshypothesen ausgeht (BGE 119 V 335 E. 4c S. 346) oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann zudem gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne

Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b aa S. 352; Entscheid des BGer vom 18. Juli 2014, 8C_834/2013, E. 3.2).

3.2.2 Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195).

3.3 Die Beschwerdegegnerin zog als medizinische Entscheidungsgrundlage für die angefochtene Verfügung vom 6. November 2013 (AB 120) das psychiatrische Administrativgutachten der Klinik E. _____ vom 4. Dezember 2012 (AB 98.1) sowie die ergänzende Stellungnahme von Dr. med. F. _____ vom 15. April 2013 (AB 111) heran.

3.3.1 Auf die gutachterliche Beurteilung von Dr. med. F. _____ kann nicht abgestellt werden. Seine Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit basiert auf den Erkenntnissen der Integrationsmassnahmen (Belastbarkeits- und Aufbautraining in der Abklärungsstelle I. _____ [AB 34, 48, 52]) sowie der betreuten Wohneinrichtungen (vgl. AB 98.1/34 lit. F, 111/3) und beruht damit allein auf der subjektiven Arbeitsleistung bzw. dem Verhalten der Beigeladenen. Zwar darf den Ergebnissen leistungsorientierter beruflicher Abklärungen nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung

der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden, es obliegt aber in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, den Gesundheitsschaden zu beurteilen und zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Juli 2008, 9C_833/2007, E. 3.3.2). Indem sich der Gutachter bloss am faktisch präsentierten Leistungsvermögen der Explorandin orientierte und nicht näher darlegte, auf welchen medizinischen Überlegungen seine diesbezüglichen Schlussfolgerungen gründen, erweist sich seine Einschätzung als nicht schlüssig. Hinzu kommt, dass auch in diagnostischer Hinsicht zwischen den Dres. med. F._____ und G._____ divergierende Auffassungen bestanden, die mit den ergänzenden Stellungnahmen (AB 111, 115) nicht abschliessend geklärt werden konnten.

Bei dieser Ausgangslage stellt weder das Gutachten von Dr. med. F._____ vom 4. Dezember 2012 (AB 98.1, 111) noch die Expertise von Dr. med. G._____ vom 8. Februar 2013 (AB 105/2-15) eine genügende Grundlage für den Rentenentscheid dar. Weil sich überdies der Mangel der ersteren Expertise nicht ohne weiteres durch eine Erläuterung bzw. Ergänzung im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hätte beseitigen lassen (vgl. Schreiben von Dr. med. F._____ vom 28. April 2014 [in den Gerichtsakten] bzw. prozessleitende Verfügung vom 1. Mai 2014), war ein Gerichtsgutachten anzuordnen.

3.3.2 Das unter Wahrung der Partizipationsrechte der Parteien eingeholte Gerichtsgutachten vom 8. November 2014 (in den Gerichtsakten) erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2 hievore) und erbringt damit vollen Beweis, was auch seitens der Parteien grundsätzlich nicht bestritten wird. Dr. med. H._____ stützte sich insbesondere auf die Erkenntnisse der klinischen Untersuchungsgespräche sowie auf die vollständige Anamnese. Nebst den subjektiven Angaben der Explorandin zog sie auch klinische Fremdbeurteilungs-Instrumente (Mini-ICF, Hamilton-Skala für Depressionen) bei und orientierte sich an den diagnostischen Leitlinien. Sie setzte sich eingehend mit den divergierenden Einschätzungen der Vorgutachter auseinander und zeigte dabei nachvollziehbar und überzeugend auf, dass diagnostisch weder eine bipolare Störung noch eine Persönlichkeitsstörung, hingegen eine Dysthymie sowie eine rezidivierende depressi-

ve Störung (im Sinne einer «double depression» nach DSM-IV [vgl. NEDOPIL/MÜLLER, Forensische Psychiatrie, 4. Aufl. 2012, S. 195 Ziff. 12.6.1.4; SCHAUENBURG/HOFMANN {Hrsg.}, Psychotherapie der Depression, 2. Aufl. 2007, S. 5 und 66]) vorliegen (S. 39 ff. lit. B Ziff. 1 ff.).

Demnach ist in tatsächlicher Hinsicht nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) zwar erstellt, dass die Beigeladene an einer «double depression» leidet, indes ist es – auch bei Depressionen – keineswegs allein Sache des mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztes, selber abschliessend und verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt, zumal zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation besteht und die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist sowie unausweichlich Ermessenzüge trägt (vgl. E. 3.2.2 hievor; BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 194 f.). Es ist deshalb nachfolgend im Rahmen einer rechtlichen Würdigung zu beurteilen, welche Arbeitsleistungen der Beigeladenen noch zugemutet werden können.

4.

4.1 Im Rahmen der juristischen Beurteilung der noch zumutbaren Arbeitsleistung ist zu beachten, dass es zur Annahme einer Invalidität in jedem Fall ein medizinisches Substrat braucht, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen und psychosozialen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im

fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo der Gutachter dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Ist dagegen eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten (eventuell in einem geschützten Rahmen) und einem Erwerb nachzugehen (SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2, Nr. 22 S. 96 E. 2.5.1).

4.2 Eine Dysthymie ist nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (vgl. auch: DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 183). Findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kann dies rechtsprechungsgemäss wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein betrachtet nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich. Diese Schlussfolgerung, die sich auf medizinische Empirie abstützt und damit eine Rechtsfrage darstellt, ist freilich nicht absolut zu setzen; eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden – wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung – auftritt (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2; Entscheid des BGer vom 11. März 2014, 8C_623/2013, E. 3.2).

Vorliegend diagnostizierte Dr. med. H. _____ im Gerichtsgutachten (in den Gerichtsakten, S. 36 lit. A Ziff. 4.1) eine «double depression» und qualifizierte die rezidivierende depressive Störung aktuell als remittiert (ICD-10: F33.4), womit dieser Zustand die Kriterien für eine depressive Episode jeglichen Schweregrades nicht erfüllte (vgl. DILLING/MAMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 180). Dieser Gesundheitsschaden ist dementsprechend nicht invalidisierend und die attestierte Arbeitsunfähigkeit folglich unbeachtlich. Im zeitlichen Verlauf traten im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung jedoch teilweise depressive Episoden auf, die über das Ausmass einer Dysthymie – aber nie über einen mittleren Schweregrad – hinausgingen (S. 44 lit. B, S. 47 lit. C Ziff. 1). Es ist deshalb der Frage nachzugehen, ob diesen leicht- bis mittelgradigen depressiven Episoden eine invalidisierende Wirkung zukam.

4.3 Eine leichte depressive Episode allein ist rechtsprechungsgemäss grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität (Art. 4 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG) zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (vgl. Entscheid des BGer vom 25. Januar 2010, 9C_260/2009, E. 2.3). Zudem liegt selbst bei einer depressiven Episode mittleren Grades definitionsgemäss ein vorübergehendes Leiden vor, womit es an der zur Begründung eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens nötigen Dauerhaftigkeit mangelt (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Januar 2007, I 510/06, E. 6.3).

Eine depressive Störung unterscheidet sich von einer depressiven Episode hauptsächlich hinsichtlich ihrer Dauer, nicht aber bezüglich der Schwere der Erkrankung (vgl. Entscheid des BGer vom 14. August 2013, 9C_917/2012, E. 3.2). Dass eine depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert wurde, ändert aber nichts daran, dass diesbezüglich rechtsprechungsgemäss ebenso wenig ein von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheits-

schadens vorliegt (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Juni 2014, 8C_104/2014, E. 3.3.4).

Nach dem Gesagten erreichte die rezidivierende depressive Störung hier mitunter ein mittelgradiges Ausmass. Abgesehen davon, dass die Beigeladene das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG in diesen vorübergehenden Phasen kaum erfüllt haben dürfte, zeigte die Gerichtssachverständige klar auf, dass es sich um reaktive Störungen handelte (Gerichtsgutachten [in den Gerichtsakten] S. 41 und 44 lit. B). Ein reaktives Geschehen ist praxisgemäss nicht invalidisierend (BGE 127 V 294). Im Vordergrund stehende psychosoziale Belastungsfaktoren sind hier denn auch aktenkundig (unerfüllter Lebenstraum und Kinderwunsch, Konflikt zwischen eigenen Bedürfnissen und den Erwartungen der Herkunftsfamilie [S. 39, 41 und 44 lit. B]) und die Beigeladene wies in ihrer E-Mail vom 29. August 2014 an die Gutachterin (in den Gerichtsakten) selbst auf belastende Lebensumstände (Wohnen, Arbeitssituation, Beziehungen, Finanzen) hin, denen sie im Übrigen selber auch eine massgebende Bedeutung beimass. Da somit die depressiven Episoden ebenfalls keine invalidisierende Wirkung zeitigten, erübrigen sich die von der Beschwerdegegnerin in der Stellungnahme vom 16. Dezember 2014 (S. 3) sinngemäss beantragten weiteren Sachverhaltserhebungen (sog. antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162), zumal auch die zusätzlich erwähnte Diagnose der akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1; Gerichtsgutachten [in den Gerichtsakten] S. 36 lit. A Ziff. 4.1) keine rechtserhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung darstellt (vgl. Entscheid des BGer vom 6. November 2012, 9C_437/2012, E. 3.3).

4.4 Zusammenfassend kann unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. E. 4.1 hievor) aus rechtlicher Sicht nicht auf die gutachterliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung von Dr. med. H. _____ abgestellt werden, wenngleich diese aus rein medizinischer Sicht durchaus zutreffen mag und sich faktisch auch im Rahmen der Integrationsmassnahmen eine Leistungseinschränkung zeigte (AB 34, 48, 52). Die medizinisch unter eine «double depression» subsumierte Beeinträchtigung stellt hier keinen verselbständigten Gesundheitsschaden dar. Ob allenfalls anders zu entscheiden wäre, wenn eine (hier unbestrittenermassen nicht

ausgewiesene) chronifizierte mittelgradigen Depression mit wiederholten schweren Episoden vorläge (vgl. Entscheid des BGer vom 27. Mai 2014, 8C_242/2014, E. 5.3), kann hier offen bleiben.

Weil den vorliegenden psychischen Beschwerden die invalidisierende Wirkung abzusprechen ist, besteht mangels eines rechtserheblichen Gesundheitsschadens kein Anspruch auf eine Invalidenrente und ist die angefochtene Verfügung vom 6. November 2013 (AB 120) ersatzlos aufzuheben.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Die Beigeladene hat keine eigenen Anträge gestellt, womit ihr keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind (vgl. MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, a.a.O., Art. 14 N. 7). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

Vorliegend stellte die Beschwerdegegnerin auf die Expertise von Dr. med. F. _____ (AB 98.1, 111) ab, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage offensichtlich nicht erfüllte (vgl. E. 3.3.1 hier vor). Damit besteht ein Zusammenhang zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, weshalb die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 7'216.70 (Fr. 6'333.10 [Rechnung Dr. med. H. _____ vom 18. November 2014] + Fr. 883.60 [Rechnung Labor vom 21. November 2014]) auf die Verwaltung zu überwälzen sind (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Insgesamt betragen die von der Beschwerdegegnerin zu tragenden Kosten somit Fr. 7'916.70 (Fr. 700.-- + Fr. 7'216.70).

5.2 Art. 61 lit. g ATSG schliesst die Zusprechung einer Prozessentschädigung an den Sozialversicherungsträger im kantonalen Verfahren grundsätzlich aus. Der Wendung «obsiegende Beschwerde führende Person» liegt die gesetzgeberische Absicht zu Grunde, den Sozialversicherern keinen Anspruch auf Parteientschädigung einzuräumen. Eine Ausnahme von diesem allgemeinen Prozessgrundsatz für sämtliche Sozialversicherungszweige ist für Fälle vorzusehen, in denen das Verhalten der Gegenpartei leichtsinnig oder mutwillig ist (BGE 128 V 124 E. 5b S. 133). Der obsiegenden Beschwerdeführerin kommt somit kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu.

5.3 Die unterliegende Beigeladene hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 2. Aufl. 2009, Art. 61 N. 115).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 6. November 2013 aufgehoben.
2. Die Verfahrenskosten von insgesamt Fr. 7'916.70 werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
- GastroSocial Pensionskasse
 - IV-Stelle Bern
 - B. _____ z.H. der Beigeladenen
 - 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.