

200 14 1006 IV  
SCI/BRM/JAA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 21. Januar 2015**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Matti  
Gerichtsschreiber Braune

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher Dr. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. September 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1959 geborene A.\_\_\_\_\_, zuletzt bei der ... angestellt, meldete sich im November 2013 bei der IV-Stelle-Bern (IVB) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Als gesundheitliche Beeinträchtigung gab sie „schwere Depression und Burn-out“ an (Akten der IVB [act. II] 1).

Die IVB hatte die Unterlagen des Krankentaggeldversicherers (Helsana; act. II 7.1 – 7.5) erhalten und holte einen Bericht der Psychiatrischen Dienste K.\_\_\_\_\_, Dr. med. C.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 10), einen Auszug aus dem individuellen Konto (act. II 11), einen Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin (act. II 12) sowie einen Fragebogen für Arbeitgebende (act. II 15) ein.

Auf Empfehlung des RAD-Arztes Dr. med. E.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 16), liess die IVB die Versicherte in der Folge fachärztlich begutachten; Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie (FMH) sowie psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM), erstattete sein Gutachten am 30. Juni 2014 (act. II 24.1).

### **B.**

Gestützt auf diese Abklärungen stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 9. Juli 2014 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (act. II 25) und verfügte – nachdem sie den RAD zum Einwand der Versicherten, vertreten durch G.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_, vom 14. August 2014 (act. II 30 S. 1) hatte Stellung nehmen lassen (act. II 33) – am 22. September 2014 entsprechend dem Vorbescheid (act. II 34).

**C.**

Mit Beschwerde vom 23. Oktober 2014 lässt die Versicherte, nunmehr vertreten durch Fürsprecher Dr. iur. B. \_\_\_\_\_, beantragen, die Verfügung vom 22. September 2014 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Verlangt wird insbesondere die Gewährung beruflicher Massnahmen. Gerügt wird, dass das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, auf welches sich die IVB stütze, nicht schlüssig sei; es liege keineswegs bloss eine Neurasthenie vor, die mit zumutbarer Willensanstrengung überwunden werden könne. Vielmehr sei nach der auf den Erkenntnissen über einen längeren Beobachtungszeitraum beruhenden Beurteilung der behandelnden Ärztin sowie der Fachpersonen des Psychiatrischen Dienstes K. \_\_\_\_\_ von einer dauerhaften gesundheitlichen Einschränkung sowie einer für einen Anspruch auf berufliche Massnahmen hinreichenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Angesichts der Differenzen zwischen den Beurteilungen der behandelnden Fachpersonen und des Gutachters bedürfe es weiterer Abklärungen bzw. der Einholung eines Obergutachtens unter Einschluss der bisher nicht erfolgten neurologischen sowie neuropsychologischen Untersuchungen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. November 2014 beantragt die IVB die 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 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (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 Staats-

anwaltschaft (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 22. September 2014 (act. II 34). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

**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). 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** 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).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter

Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseeleischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354). Diese für alle Versicherten in gleicher Weise geltende Gerichtspraxis ist weder menschenrechtswidrig noch diskriminierend (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2) noch basiert sie – mit Blick auf die rechtliche Natur des Kriterienkataloges – auf medizinwissenschaftlich unhaltbaren Annahmen (SVR 2012 IV Nr. 32 S. 128 E. 2.3 - 2.5; vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.1 ff. S. 550).

Aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb unter anderem analog anwendbar auf Neurasthenie (BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550, 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282).

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

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).

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Psychiatrische Dienste K.\_\_\_\_\_, hielt in seinem Arztbericht vom 19. November 2013 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit mindestens 1999 bestehende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.11), sowie seit mindestens 1999 bestehende Störungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom mit episodischen Substanzgebrauch (ICD-10: F10.26) fest; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden akzentuierte, impulsive und selbstunsichere Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1). Die Aufmerksamkeit und Konzentration sei bei der wachen, bewusstseins-

klaren und allseits orientierten Patientin deutlich reduziert, die Merkfähigkeit leicht vermindert, die Gedächtnisleistung dagegen unbeeinträchtigt. Das formale Denken sei kohärent, leicht verlangsamt und thematisch auf die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz fokussiert. Es bestehe ein ausgeprägtes Misstrauen ohne Sinnestäuschungen oder Störungen des Ich-Erlebens und eine deutlich gedrückte Grundstimmung mit starker Rat- und Hoffnungslosigkeit sowie ausgeprägten Zukunftsängsten bei zeitweiser Anspannung und innerlicher Unruhe. Antrieb und Interessen seien mittelgradig vermindert, der Appetit reduziert und der Schlaf ausgeprägt gestört. Es wurde die Weiterführung der medikamentösen (ggf. Anpassung der Dosierung) sowie der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung empfohlen. Gegenwärtig sei der Patientin eine geregelte Tätigkeit aufgrund von Defiziten in den Bereichen Aufmerksamkeit und Konzentration sowie Antrieb nicht zumutbar; die Anstellung bei der ... sei ihr gekündigt worden (vgl. auch act. II 15 S. 7 f.). Ein langsamer Einstieg in ein neues Tätigkeitsfeld unter regelmässigem Coaching, ggf. sogar an einem geschützten Arbeitsplatz sei anzustreben (act. II 10).

**3.1.2** Der Hausarzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 27. November 2013 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Entwicklung mit Panikstörung. Es bestünden weitgehend psychische Probleme gemäss Einschätzung des Psychiaters. Wegen der erheblichen Gewichtszunahme sollte die medikamentöse Therapie, insbesondere das Neuroleptikum, angepasst werden. Im Moment scheine die Patientin nach Einschätzung des Psychiaters noch nicht arbeitsfähig zu sein. Sobald sich die psychische Situation wieder stabilisiert habe, sei die Patientin auch wieder arbeitsfähig (act. II 12).

**3.1.3** Auf dessen Ersuchen machten die Psychiatrischen Dienste K. \_\_\_\_\_, Rehabilitationstagesklinik, Dr. med. I. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_, am 13. Juni 2014 zuhanden des Gutachters Angaben zur Anamnese und zu den erhobenen Befunden. Sie diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung (bestehend seit mindestens 1992), gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), eine Störung durch Alkohol, episodischer Substanzgebrauch (ICD-10: F10.26) sowie akzentuierte, impulsive und selbstunsichere Persönlich-

keitszüge (ICD-10: Z73.1). Zudem berichteten sie über den bisherigen Verlauf sowie den gegenwärtigen Zustand (act. II 24.3).

In seinem psychiatrischen Gutachten vom 30. Juni 2014 hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ als Diagnose eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) bei Abhängigkeitssyndrom von Alkohol, episodischem Substanzgebrauch (ICD-10: F10.26), bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4) und mit akzentuierten (impulsiv, selbstunsicher, narzisstisch) Persönlichkeitszügen fest (act. II 24.1 S.15). Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung seien keine bis sehr gering ausgeprägte psychopathologische Befunde objektivierbar gewesen. Im Affekt sei die Patientin klaghaft, jammerig und dysthym. In der Interaktion sei sie narzisstisch (ichbezogen) und sthenisch, Daten würden ungenau angegeben. Auch mit Hilfe der MADRS sei kein klinisch relevantes depressives Syndrom zu erkennen gewesen; der verbale IQ sei durchschnittlich. Die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode seien nicht (mehr) erfüllt. Die entsprechenden, in den früheren Arztberichten genannten Symptome seien gegenwärtig nicht (mehr) erkennbar; sie dürften bei wohlwollender Würdigung zwischen 04/2013 und 04/2014 zu einer kurzfristigen Minderung der Arbeitsfähigkeit – in einem nicht genau bezifferbaren, im Laufe der Zeit stetig abnehmenden Ausmass – geführt haben. Die Neurasthenie und die damit verbundenen (v.a. subjektiven) Symptome vermöchten aus rein medizinischer Sicht – aus formalen Gründen mit Ausnahme der aktuellen teilstationären Hospitalisation – keine relevante dauerhafte Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Der Versicherten sei eine Willensanstrengung zur Überwindung der subjektiven Beschwerden medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich, worauf auch die vollständig angemessene Bewältigung des Alltages inkl. Freizeitverhalten hinweise. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge besäßen von sich aus allein keinen Krankheitswert und das Abhängigkeitssyndrom von Alkohol mit episodischem Substanzgebrauch habe bis heute zu keinen schwerwiegenden Defekten und/oder einer langfristigen Minderung der Arbeitsfähigkeit geführt; eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich dadurch ebenfalls nicht begründen. Krankheitsfremde Gesichtspunkte (psychosoziale Faktoren wie einfache Berufsbildung, Kündigung der Anstellung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, alleinstehend sein, finanzielle Sorgen/Schulden, Lebensalter, persönliche Berufswünsche, Konflikt mit der

Versicherung etc.) erklärten auch überwiegend die grosse Diskrepanz zwischen der subjektiven und der objektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (act. II 24.1).

**3.1.4** Die die Patientin in der Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste K.\_\_\_\_\_ behandelnden Fachpersonen führten am 6. August 2014 gegenüber dem H.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_, in einer Stellungnahme zum Gutachten aus, dass sie das Abklärungsergebnis einer mittels zumutbarer Willensanstrengung überwindbaren Neurasthenie nicht bestätigen könnten. Sie hielten fest, dass nicht die Erschöpfung oder die rezidivierende depressive Störung im Vordergrund stehe, sondern die stark akzentuierte Persönlichkeitsstruktur. Sei zu Beginn noch eine Persönlichkeitsakzentuierung im Sinne einer Zusatzcodierung (ICD-10: Z73) anzunehmen gewesen, müsse die Einschätzung nach dem bisherigen Verlauf dahingehend korrigiert werden, dass nun von einer voll umfassenden, kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61) auszugehen sei. Die dadurch bedingten Verhaltensmuster führten immer wieder zu interaktionellen Schwierigkeiten und Konflikten, welche die soziale und berufliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgeblich einschränke (act. II 30 S. 2).

**3.1.5** Der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 17. September 2014 fest, dass die durch den Gutachter gestellten Diagnosen nachvollziehbar begründet seien, sodass auf das Gutachten vom 30. Juni 2014 abgestellt werden könne. Dagegen sei die Begründung des von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_\_ mitgeteilten Diagnosewechsels nicht plausibel und schwer nachvollziehbar, zumal die Versicherte im Zeitpunkt der Erstellung des vorhergehenden Berichts vom 13. Juni 2014 (act. II 30 S. 3 ff.) bereits über zwei Monate behandelt worden sei und danach bis zum Erstellen der Stellungnahme vom 6. August 2014 nicht einmal zwei Monate vergangen seien. Zudem stehe die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Widerspruch zur diagnostischen Beurteilung des Gutachters und auch des früheren Therapeuten Dr. med. C.\_\_\_\_\_, welcher nach einer Behandlungsdauer von über sechs Monaten akzentuierte Persönlichkeitszüge festgestellt, jedoch keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert habe (act. II 33).

**3.1.6** In ihrer Stellungnahme vom 8. Oktober 2014 zuhanden des Rechtsvertreters der Versicherten beanstandet Dr. med. I. \_\_\_\_\_, dass der Gutachter die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode als nicht nachvollziehbar beurteile, obwohl deren Ausmass in früheren Berichten mittels Hamilton Score (HAMD) gemessen und eine kontinuierliche Verbesserung festgestellt sowie dokumentiert worden sei. Die Symptomatik (depressive Episoden – chronifiziert – mit kognitiven Einbussen, Ermüdbarkeit sowie Verlust an Belastbarkeit und Flexibilität) überschneide sich teilweise mit derjenigen einer Neurasthenie; im Gutachten werde indessen auf die entsprechende Differenzierung nicht eingegangen. Im Verlauf der klinischen Beobachtung seien gewisse Anteile einer Persönlichkeitsstörung deutlicher und sichtbarer geworden; auch im Rahmen des Gutachtens hätten sich bei entsprechender Testung hohe Werte bei den Items paranoia und soziale Introversion gezeigt. Die depressive Symptomatik habe sich deutlich zurückgebildet, sodass die Beurteilung dysfunktionaler Gedanken- und Verhaltensmuster unverfälschter sei. Im Gutachten werde nicht erläutert, inwiefern die Versicherte die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen nicht erfülle (Beschwerdebeilage [act. I] 4).

**3.2** Das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 30. Juni 2014 erfüllt die nach der geltenden Rechtsprechung an eine Expertise gestellten Anforderungen. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einer einlässlichen Untersuchung und wurde nach Einholen eines Berichts bei der behandelnden Ärztin in Kenntnis der Vorakten sowie unter Würdigung der darin enthaltenen Aussagen abgegeben. Es überzeugt auch inhaltlich, indem es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind (vgl. E. 2.4 hiervor).

Insbesondere führt der Gutachter überzeugend aus, dass und warum derzeit keine depressive Störung mehr vorliegt bzw. diese remittiert ist (act. II 24.1 S. 18 f.). Dies stimmt letztlich mit den Angaben der behandelnden Ärztin Dr. med. I. \_\_\_\_\_ sowie der Psychologin J. \_\_\_\_\_ überein, die die depressive Symptomatik als nicht im Vordergrund stehend (act. II 30) bzw. als deutlich zurückgebildet bezeichnen (act. I 4). Die im Verlaufsbericht vom 13. Juni 2014 zuhanden des Gutachters von der behandelnden

Ärztin Dr. med. I. \_\_\_\_\_ und der Psychologin J. \_\_\_\_\_ beschriebenen Verhaltensmuster (act. II 24.3) hat der Gutachter im Übrigen in seine Beurteilung durchaus mit einbezogen, diese aber, nachdem sowohl mit Hilfe der MADRS (Montgomery Asberg Depression Scale) als auch klinisch kein relevantes depressives Syndrom zu erkennen war (act. II 24.1. S. 14), nachvollziehbar einem (unspezifischen) neurasthenischen Syndrom bei gegenwärtig remittierter depressiver Episode und Abhängigkeitssyndrom von Alkohol mit episodischem Substanzgebrauch zugeordnet. Anhand der massgebenden ICD-10-Kriterien legt der Gutachter ferner einleuchtend dar, dass den festgestellten akzentuierten Persönlichkeitszügen – im Gegensatz zu eigentlichen, hier mangels Erfüllung der Kriterien nicht gegebenen, Persönlichkeitsstörungen – für sich allein kein Krankheitswert zukommt (act. II 24.1 S. 20). In ihrer Stellungnahme vom 8. Oktober 2014 zuhanden des Vertreters der Beschwerdeführerin bestätigt die behandelnde Ärztin zumindest sinngemäss die Remission der depressiven Störung und widerspricht der gutachterlichen Befunderhebung an sich nicht, gibt dann aber – wie bereits in der Stellungnahme vom 6. August 2014 (act. II 30 S. 2) – eine gegenüber früher geänderte Diagnose an, ohne dies allerdings unter medizinischen Gesichtspunkten näher zu begründen. Soweit die behandelnde Ärztin für ihre Betrachtungsweise Teile der gutachterlichen Testergebnisse im MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2) herangezogen hat, vermag sie im Kontext nicht zu überzeugen. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hat die Ergebnisse in seine Beurteilung eingeordnet und einleuchtend dargelegt, dass kein klinisch relevantes depressives Syndrom erkennbar sei und dass keine Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert vorliege, sondern lediglich akzentuierte Persönlichkeitszüge, die zwar den Gesundheitszustand beeinflussen und therapeutisch beachtet werden sollten, aber nicht als Krankheit zu verstehen seien (act. II 24.1 S. 20). Insoweit ist es denn auch nicht Aufgabe des Gutachters (bzw. auch eines behandelnden Arztes) zu belegen, dass (allgemeine) Kriterien einer Störung nicht erfüllt sind (act. I 4 S. 2 sowie Beschwerde S. 4).

Soweit die behandelnde Ärztin die nunmehr gestellten – von ihren eigenen früheren abweichenden – Diagnosen rückwirkend auf bessere Erkenntnisse zufolge längerer Behandlungsdauer und Betreuung der Versicherten stützen will, überzeugt dies ebenfalls nicht. Im Zeitpunkt der Diagnosestel-

lung durch die behandelnde Ärztin im Bericht vom 13. Juni 2014 war die Behandlung – worauf auch der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 17. September 2014 (vgl. E. 3.1.5 hiervor) zu Recht hingewiesen hat – schon seit einiger Zeit installiert und die massgeblichen Parameter zur Beurteilung der medizinischen Situation, insbesondere auch hinsichtlich der privaten Verhaltensmuster sowie der Wohnsituation, waren durchaus bekannt. Diese Umstände waren Dr. med. F. \_\_\_\_\_ Mitte Juni 2014 von den behandelnden Fachpersonen mitgeteilt worden, der sie denn auch in seine gutachterliche Einschätzung mit einbezogen hat.

Es ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegewnerin auf das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 30. Juni 2014 abgestellt hat.

**3.3** Der Gutachter hat angesichts der Befundlage auf das Vorliegen einer Neurasthenie geschlossen. Die Auswirkungen dieser Diagnose auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sind nach den Kriterien der somatoformen Schmerzstörung zu prüfen (vgl. E. 2.2 hiervor) und wurden vom Gutachter auch unter diesem Aspekt gewürdigt. Nach entsprechender Diskussion hat er überzeugend dargelegt, warum kein schweres psychisches Leiden im Sinne einer Komorbidität besteht, das therapeutisch nicht günstig beeinflusst werden könne, und die sog. Foerster-Kriterien nicht in der nötigen Schwere, Dauer und Ausprägung erfüllt sind, um die Schmerzüberwindung bei der zu verlangenden Willensanstrengung als unzumutbar und die diagnostizierte gesundheitliche Störung damit als invalidisierend erscheinen zu lassen. Dieser Würdigung ist aus versicherungsrechtlicher Sicht nichts beizufügen. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, welche die Annahme der willentlichen Überwindbarkeit in Frage stellen könnten.

Unter diesen Umständen besteht kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden und demzufolge kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

#### 4.

**4.1** Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG).

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.—, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.— werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.
3. Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.
4. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - 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.