

200 14 450 IV
ACT/IMD/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. August 2014

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. März 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1957 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde durch ihre Arbeitgeberin am 25. November 2010 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung gemeldet (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Die Anmeldung bei der IV unter Hinweis auf einen psychischen Zusammenbruch erfolgte im Februar 2011 (AB 7). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor und veranlassete eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Gutachten vom 11. Dezember 2013; AB 71.1). Mit Vorbescheid vom 13. Januar 2014 (AB 72) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsgesuchs mangels einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigung in Aussicht. Nach Rückfrage beim Gutachter bezüglich eines im Rahmen des Einwandverfahrens eingereichten Berichts der behandelnden Psychologin (AB 74, 79.1) verfügte die IVB am 28. März 2014 wie vorgesehen (AB 81).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch den B._____, lic. iur. C._____, mit Eingabe vom 14. Mai 2013 Beschwerde. Sie beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen. Zur Begründung bringt sie im Wesentlichen vor, auf das Gutachten von Dr. med. D._____ könne nicht abgestellt werden, da es nicht schlüssig sei. Im Weiteren ersucht sie um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Juni 2014 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Sie macht geltend, das Gutachten von Dr. med. D._____ erfülle die Anforderungen bezüglich Beweiswert, womit darauf abgestellt werden könne.

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 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 28. März 2014 (AB 81). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung: Die Beschwerdegegnerin hat sämtliche Leistungen abgewiesen (AB 81), während die Beschwerdeführerin sinngemäss sowohl eine Rente als auch berufliche Eingliederungsmassnahmen beantragt (Beschwerde, S. 5 unten).

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).

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).

Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart

verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, 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 Viertelsrente.

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).

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 medizi-

nischen 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).

2.5 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 Zum Gesundheitszustand sowie zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Bericht des Spitals E. _____ vom 20. Dezember 2010 (AB 10 S. 11 ff.) bezüglich einer stationären Abklärung und Behandlung vom 2. November bis zum 17. Dezember 2010 wurden – soweit hier interessierend – eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) diagnostiziert. Es wurde ausgeführt, die Patientin leide seit ca. zwei Jahren unter rezidivierenden depressiven Episoden bei zunehmender Überforderung am Arbeitsplatz. Vom 2. November bis zum 31. Dezember 2010 liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor.

3.1.2 Zwischen dem 17. Dezember 2010 und dem 15. Januar 2011 war die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik F. _____ hospitalisiert. Im diesbezüglichen Bericht vom 7. Februar 2011 (AB 10 S. 7 ff.) diagnostizier-

ten die behandelnden Ärzte eine mittelschwere Depression mit somatischem Syndrom (Differentialdiagnose Anpassungsstörung) mit/bei psychosozialer Belastungsstörung (Kündigung), eine psychomotorische Verlangsamung (Differentialdiagnose im Rahmen der Diagnose 2 [richtig wohl: 1]) sowie rezidivierende thorakale Schmerzen und intermittierende Dyspnoe. Die Patientin berichte über eine schwierige psychosoziale Belastung in den letzten 15 Jahren nach der Trennung von ihrem Ehemann. Sie habe sich in der Schweiz mit ihren Kindern und beruflich selber durchschlagen müssen und sei oft überfordert gewesen. Seit drei Jahren hätten sich Symptome einer Depression und somatoforme Schmerzen gehäuft. So sei es in letzter Zeit zu einer zunehmenden Überforderung am Arbeitsplatz gekommen, was durch eine Umstrukturierung noch akzentuiert worden sei. Sie komme mit Computern nicht so gut zurecht und mache viele Fehler. Schliesslich sei es zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses mit dem G._____ gekommen. Die Ärzte hielten fest, durch die verschiedenen Therapien habe generell eine Verbesserung des Allgemeinzustandes erreicht und die Versicherte in gestärktem Zustand in die häusliche Umgebung entlassen werden können. Attestiert wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die Dauer des Klinikaufenthaltes.

3.1.3 Der Hausarzt Dr. med. H._____, Facharzt für Innere Medizin FMH, hielt im Verlaufsbericht vom 13. April 2011 (AB 18) fest, die Patientin berichte weiterhin über eine innere Unruhe, über ein Chaos der Gedanken, eine fehlende Strukturierung des Alltags und eine noch vorhandene Müdigkeit. Auch die bekannten thorakalen Schmerzen träten in unterschiedlicher Stärke intermittierend auf. Inzwischen habe sie eine regelmässige (wöchentliche) Psychotherapie bei Dr. med. I._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begonnen. Auch wenn die körperlichen Beschwerden noch vorhanden seien, sei insgesamt eine leichtgradige Besserung festzustellen. Dr. med. H._____ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 17. Januar bis zum 27. Februar 2011, von 90 % vom 28. Februar bis zum 31. März 2011 und von 70 % vom 1. April bis voraussichtlich zum 31. Mai 2011. Die Prognose hänge im Wesentlichen von der psychischen Entwicklung der Krankheit ab, diesbezüglich betrachte er sie als gut. Einschränkend sei zu erwähnen, dass das soziale Umfeld der Patientin sehr schwierig sei.

3.1.4 Im Bericht der psychiatrischen Dienste J. _____ vom 1. Februar 2012 (AB 48) bezüglich einer stationären Behandlung vom 3. August 2011 bis zum 23. Januar 2012 wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3), diagnostiziert. Am 3. August 2011 habe sich anlässlich einer Sprechstunde ein schwer depressives Zustandsbild mit psychotischen Symptomen gezeigt, welches als stationär behandlungsbedürftig eingeschätzt worden sei. Aufgrund dessen sei die Patientin notfallmässig den psychiatrischen Diensten J. _____ zugewiesen worden. Es hätten akustische Halluzinationen in Form von Stimmen imponiert, was zum ersten Mal vorgekommen sei und die Patientin sehr beunruhigt habe. Nach entsprechender Behandlung seien die Halluzinationen nicht mehr aufgetreten. Die depressive Stimmungslage habe sich während des Aufenthaltes progressiv verbessert, die Patientin habe vermehrt Belastungsurlaube wahrnehmen können. Bei klarer Besserung des Zustandsbildes habe die Entlassung aus dem stationären Rahmen für den 23. Januar 2012 geplant werden können. Am 24. Januar 2012 sei der Eintritt in die Tagesklinik erfolgt.

Aus dem Bericht der Tagesklinik vom 5. September 2012 (AB 49 S. 4 ff.) geht hervor, dass bei Eintritt depressive Restsymptome im Sinne eines verminderten Antriebs, einer Kraftlosigkeit und schneller Ermüdbarkeit bei aufgehellter Grundstimmung explorierbar gewesen seien. Im Rahmen von Umständlichkeiten mit ihrer Wohnsituation habe die Patientin nochmals eine depressive Entgleisung mit vermehrten Ängsten und Somatisierungstendenzen sowie verminderter Frustrationstoleranz, Traurigkeit, Weinerlichkeit und Anspannungszuständen gezeigt. Eine ähnliche Symptomatik habe sie bei Ansprechen möglicher Wiedereingliederungsmassnahmen oder des Austritts aus der Tagesklinik präsentiert. Abgesehen von diesen krisenhaften Exazerbationen habe sich die Patientin in der Gruppe aktiv, motiviert und euthym gezeigt. Sie plane seit längerer Zeit eine mehrmonatige Reise in ihre Heimat ..., um ihre Eltern zu besuchen. Nach ausreichender Stabilisierung im teilstationären Rahmen und Einfädung einer Beschäftigung in der Gärtnerei der psychiatrischen Dienste J. _____ sei die Patientin am 3. August 2012 entlassen worden.

3.1.5 Die behandelnde Psychologin lic. phil. K._____ berichtete am 23. April 2013 (AB 57), die Patientin sei im September 2012 psychisch soweit stabil gewesen, dass sie den schon 2010 ins Auge gefassten Besuch ihrer Eltern in ... in Angriff nehmen können. Sie sei von ihrem Sohn dahin begleitet worden und nach dem Rückflug abgeholt worden. Die Patientin habe dort weiterhin ihre Austrittsmedikation regelmässig eingenommen. Ende März sei sie zurückgekehrt, am 11. April 2013 habe ein erster Termin stattgefunden. Dabei sei sie von ihrer Tochter begleitet worden. Diese habe ihre Mutter als zwar stabil (keine Suizidgedanken), aber als doch eher depressiv geschildert. Die Patientin selber habe die bereits bekannten starken somatischen Beschwerden wie Spannungen ums Herz und Magenprobleme geäussert. Auch fühle sie sich überfordert, was die Administration und das weitere Vorgehen angehe. Im Moment komme sie regelmässig (im Moment mindestens wöchentlich) in die ambulante Psychotherapie zur Stabilisierung. Aufgrund der vorgängigen Erfahrungen und dem jetzigen Angehen der Probleme könne im Moment von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % im ersten Arbeitsmarkt ausgegangen werden.

3.1.6 Dr. med. D._____ diagnostizierte im Gutachten vom 11. Dezember 2013 (AB 71.1) eine Angst- und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), bei Status nach Anpassungsstörung bei Konflikten am Arbeitsplatz und nachfolgender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.4 / F33.4), bei Verdacht auf undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) und bei vielfältigen psychosozialen Belastungen (AB 71.1 S. 17). Anlässlich der aktuellen Untersuchung am 25. Oktober 2013 seien nur gering ausgeprägte psychopathologische Befunde zu objektivieren. Ab und zu reibe sich die Versicherte ihre Hände. In der Interaktion sei sie sthenisch, emotional expressiv und narzisstisch (ich-bezogen). Eine Verdeutlichungstendenz sei zu erkennen. Im Affekt sei die Versicherte dysthym, klagsam-jammerig und unsicher-ängstlich. Auch mit Hilfe der MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) sei kein klinisch relevantes depressives Syndrom objektiv zu erkennen (AB 71.1 S. 20). Zusammenfassend würden die aufgrund der aktuellen objektiven Untersuchungsergebnisse, der subjektiven Angaben der Versicherten und der Akten zu diagnostizierende gemischte Angst- und depressive Störung und die damit erklärbaren gering ausgeprägten und v.a. weitgehend im rein Subjek-

tiven verbleibenden Defizite aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit begründen. Auf diese Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung (25. Oktober 2013) sicher abgestützt werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei bereits ab dem 24. Januar 2012 davon auszugehen. Gemäss Hospitalisationsbericht der psychiatrischen Dienste J. _____ vom 5. September 2012 (AB 49 S. 4 ff.) seien am 24. Januar 2012 nämlich nur noch Restsymptome einer depressiven Episode im Vordergrund gestanden. Eine erfolgreiche Therapie könne angenommen werden. Es seien keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten bspw. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte. Der vollständig angemessene Umgang mit nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen lasse zumindest angemessene innerseelische Ressourcen vermuten. Auch fehle ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens. Ein therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung könne aus fachärztlicher Sicht ebenfalls nicht vermutet werden, nachdem die Therapie zu einer subjektiven und objektiven Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt habe. Der Versicherten sei somit aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht eine Willensanspannung zur Überwindung ihrer vor allem im rein Subjektiven verbleibenden Beschwerden medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich. Eine Minderung der Leistungsfähigkeit lasse sich für keine ausserhäusliche Tätigkeit und/oder für Arbeiten im Haushalt begründen. Die hierzu widersprüchliche, wohlwollend-bedachtsame Einschätzung durch die langjährig betreuende Psychologin erkläre sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch ein sehr engagiertes therapeutisches Arbeitsbündnis im Zusammenhang mit einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (AB 71.1 S. 23 f.).

3.1.7 In der Stellungnahme vom 10. Februar 2014 (AB 74 S. 2 ff.) zum Gutachten von Dr. med. D. _____ führte lic. phil. K. _____ aus, dieses scheine ihr nicht über jeden Zweifel erhaben. Aufgrund der zu ergänzenden Befunde und subjektiven Beschwerden (AB 74 S. 2 f. Ziff. 1 und 2) würden sich die folgenden Diagnosen stellen lassen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit psychotischen

Symptomen (ICD-10: F33.3), und Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen (vermeidenden), narzisstischen und paranoiden Anteilen (ICD-10: F61.0). Der Gutachter beschreibe die Behandlung als erfolgreich, was nicht der Fall gewesen sei. Die Patientin benötige weiterhin einen teilstationären Rahmen und sei auch für ein Wohntraining angemeldet worden. Es sei ein Arbeitstraining in der Gärtnerei installiert worden, um die Restarbeitsfähigkeit beurteilen zu können. Sie sei nur zu maximal 50 % arbeitsfähig geschrieben worden.

3.1.8 Mit Schreiben vom 24. Februar 2014 (AB 79.1) nahm Dr. med. D._____ seinerseits Stellung zu den Ausführungen von lic. phil. K._____ und hielt fest, die von ihr aufgeführten ergänzenden Befunde seien anlässlich seiner Untersuchung nicht erkennbar gewesen und auch aufgrund der vorliegenden Akten hätten sich entsprechende Befunde nicht als schwer ausgeprägt, dauerhaft und wesentlich erkennen lassen. Die zusätzlich referierten subjektiven Beschwerden seien zur Kenntnis zu nehmen und auch im Rahmen der von ihm postulierten Diagnosen (AB 71.1 S. 17) und vor allem vor dem Hintergrund vielfältiger psychosozialer Belastungen und einer Verdeutlichungstendenz zu verstehen. Der Hinweis zur Diagnose (ICD-10: F33.3) sei vollständig unklar; ob die Kriterien der ICD-10 für eine eigenständige depressive Episode objektiv tatsächlich erfüllt seien, werde nicht differenziert erläutert. Ebenso fehle die Diskussion, inwieweit die Eingangskriterien zur Kategorie F61.0 überhaupt erfüllt seien. Es werde lediglich der Subtyp dargestellt. Er halte an seiner Beurteilung der psychiatrischen Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit, wie im Gutachten vom 11. Dezember 2012 (AB 71.1) ausführlich dargestellt, fest, da er den in der Stellungnahme von lic. phil. K._____ (AB 74 S. 2 ff.) formulierten Einschätzungen, die im Widerspruch zum Gutachten ständen, fachlich nicht zustimmen könne. Es würden insbesondere keine neuen tatsächlichen objektiven psychopathologischen Defizite beschrieben.

3.2 Aufgrund der Akten ist erstellt, dass kein somatischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht (vgl. insbesondere Berichte des Hausarztes Dr. med. H._____ vom 18. Februar 2011 [AB 10 S. 4 Ziff. 1.7] und vom 13. April 2011 [AB 18 S. 4 ad 1 und ad 2]). Zu

prüfen bleibt damit, wie es sich bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes verhält.

3.3 Das Gutachten des Dr. med. D. _____ vom 11. Dezember 2013 (AB 71.1) sowie dessen Stellungnahme vom 24. Februar 2014 (AB 79.1) erfüllen die rechtsprechungsgemäss an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts gestellten Anforderungen (E. 2.4 hiavor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Der Gutachter setzt sich insbesondere überzeugend mit den sich in den Akten befindlichen ärztlichen Berichten auseinander (AB 71.1 S. 10 ff. und S. 19 f.), wobei er auch begründet, weshalb die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen nicht zutreffen (AB 71.1 S. 21 ff.). Die Beschwerdeführerin weist überdies zu Recht darauf hin, dass bei Vorliegen einer mittleren oder schweren Depression eine sechsmonatige Reise nach ... gar nicht möglich gewesen wäre (Beschwerdeantwort, S. 2). Der Bericht der Psychologin lic. phil. K. _____ vom 10. Februar 2014 (AB 74 S. 2 ff.) enthält kein Indiz, das gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung des Experten sprechen würde, abgesehen davon, dass es sich dabei nicht um einen ärztlichen Bericht handelt. Der Gutachter äussert sich denn auch in der Stellungnahme vom 24. Februar 2014 (AB 79.1) überzeugend zum Bericht der Psychologin, dies insbesondere auch hinsichtlich der geltend gemachten Halluzinationen und psychotischen Phänomene (AB 74 S. 2 Ziff. 1 und S. 5 Ziff. 11 resp. AB 79.1 S. 1 unten und S. 3 Ziff. 11; vgl. Beschwerde, S. 4 Ziff. 2), so dass – anders als in der Beschwerde, S. 4 unten, angenommen – sich die Diagnose des Gutachters mit den geltend gemachten Halluzinationen in Übereinstimmung bringen lässt. Schliesslich sprechen auch die – vom subjektiven Verhalten abhängigen – Tätigkeiten der Beschwerdeführerin nicht gegen die Zuverlässigkeit der Annahmen des Dr. med. D. _____ (vgl. Beschwerde, S. 5 Ziff. 3), denn massgebend ist die medizinische Einschätzung.

3.4 Nach dem Gesagten ist eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erstellt (AB 71.1 S. 26 Ziff. 3.4 f.), was seit dem Ende des Aufenthalts in den psychiatrischen Dienste J. _____ am 23. Januar 2012 (AB 48) gilt (AB 71.1 S. 24 oben). Die diversen Hospitalisationen führten gemäss dem Experten aus formalen Gründen zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit (AB 71.1 S. 26 Ziff. 3.7); das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist jedoch nicht erfüllt, zumal gemäss Dr. med. D. _____ bereits ab dem 15. Januar bis zum 3. August 2011 für die angestammte Tätigkeit als ... keine relevante Arbeitsunfähigkeit bestand (Art. 29^{ter} der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]; AB 71.1 S. 26 Ziff. 3.7).

3.5 Mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Weitere medizinische Abklärungen – wie in der Beschwerde (S. 2 oben) beantragt – sind nicht notwendig. Die angefochtene Verfügung ist damit nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

4.

4.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 111 Abs. 1 VRPG).

Die Prozessarmut ist aufgrund des Gesuches vom 14. Mai 2014 sowie den am 26. Juni 2014 eingereichten Unterlagen (in den Gerichtsakten) ausgewiesen. Da der Prozess zudem nicht zum vornherein als aussichtslos erschien, sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege erfüllt. Das entsprechende Gesuch ist somit gutzuheissen.

4.2 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. Vorliegend werden die Verfahrenskosten auf Fr. 700.-- festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

4.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):

- B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,
3001 Bern

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.