

200 14 954 IV
SCP/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. April 2016

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Zimmermann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. September 2014



Sachverhalt:

A.

Die 1961 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Mai 2012 unter Hinweis auf eine Depression bzw. allenfalls ein Burnout, bestehend seit der Erhöhung ihres Arbeitspensums von 30 auf 50% im Frühling 2011, bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Diese veranlasste in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen (AB 11 ff.). Am 12. Juni 2013 teilte die Versicherte mit, dass bei ihr Brustkrebs diagnostiziert worden sei (AB 34); auch in diesem Zusammenhang tätigte die IVB Abklärungen (AB 35 ff.). Nach Einholung eines psychiatrischen Gutachtens (Expertise vom 25. April 2014; AB 58.1) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 12. Juni 2014 (AB 62) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Auf Einwand (AB 64, 68) und Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 70) hin verfügte die IVB am 8. September 2014 dem Vorbescheid entsprechend und wies das Leistungsbegehren ab (AB 71).

B.

Hiergegen lässt die Versicherte, vertreten durch B._____, lic.iur. C._____, am 9. Oktober 2014 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht näher abzuklären und hiernach sei erneut über den Rentenanspruch zu befinden, unter Entschädigungsfolge. Gleichzeitig stellt sie ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das kantonale Beschwerdeverfahren. Zur Begründung wird im Wesentlichen unter Verweis auf Stellungnahmen der Beschwerdeführerin (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 2) und des behandelnden Psychiaters (BB 4) zum psychiatrischen Gutachten vom 12. Juni 2014 (AB 58.1) geltend gemacht, die Ausführungen im psychiatrischen Gutachten seien nicht korrekt bzw. darauf könne nicht abgestellt werden. Mit Eingabe vom 21. Oktober 2014 wurden die in der Beschwerde in Aussicht gestellten (weiteren) Be-

weismittel nachgereicht (Bericht ambulantes Erstgespräch des psychiatrischen Dienstes des Spitals D. _____ vom 18. November 1999 [BB 5], Bericht Notfall-Konsultation im psychiatrischen Dienst des Spitals E. _____ [BB 6] und entsprechende Verlaufsberichte [BB 7]).

Mit Eingabe vom 27. Oktober 2014 verzichtet die Beschwerdegegnerin auf eine ausführliche Stellungnahme in Form einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 2. Februar 2016 stellte der Instruktionsrichter fest, dass sich die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin am 24. November 2015 nach dem Stand des Verfahrens erkundigt und sich dabei vorbehalten habe, per Mitte Dezember 2015 einen aktuellen Arztbericht einzureichen, wovon sie in der Folge keinen Gebrauch gemacht habe.

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 Angefochten ist die Verfügung vom 8. September 2014 (AB 71). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente 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). 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).

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 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). 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).

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. 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 soziokultu-

relle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; 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 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufga-

benbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 141 V 15 E. 3.2 S. 20, 125 V 146 E. 2a S. 149).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 141 V 15 E. 3.2 S. 20, 125 V 146 E. 2a S. 150).

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

2.6 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.

3.1 Bezüglich des Gesundheitszustandes sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Der die Beschwerdeführerin seit 19. Dezember 2011 ambulant behandelnde Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 27. März 2012 (AB 11.3/1 ff.) eine mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome bei Bipolar-II-Störung. Erste Beschwerden seien im Frühling 2011 und nunmehr im Dezember 2011 aufgetreten. Es habe sich schleichend ein psychosomatischer Erschöpfungszustand entwickelt, zunächst ausschliesslich mit funktionellen Beschwerden und dann mit massiven Schlafstörungen und Angstzuständen (phobischer, sozialphobischer und sensitiver Art). Die Beschwerdeführerin leide unter einer extremen Müdigkeit, einem Motivationsverlust und Konzentrationsstörungen. Nach Kriseninterventionen und einer integrierten psychiatrischen Behandlung seien die funktionellen Beschwerden zurückgegangen, auch die Angstzustände. Es sei von einer mehrmonatigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen und die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit sei praktisch ausgeschlossen; seit 8. Dezember 2011 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Mittel- bis langfristig könne die Prognose als gut bezeichnet werden.

Mit Schreiben vom 16. August 2012 (AB 21/9 f.) an die Krankentaggeldversicherung erachtete der behandelnde Psychiater die von der Krankentaggeldversicherung veranlasste Begutachtung als kontraproduktiv. In Anbetracht der komplexen Erkrankung der Beschwerdeführerin, deren Behandlung viel Erfahrung und Engagement brauche, erachte er es als seine Pflicht, die weiteren Schritte durch einen nicht therapeutisch tätigen Experten vorzubesprechen. Seine Aussage, dass eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz ausgeschlossen sei (vgl. AB 11.3/2 Ziff. 11), habe eine rein therapeutische Bedeutung gehabt. Die Beschwerdeführerin habe viel Herzblut in ihre Arbeitstätigkeit gesteckt. Es habe zunächst eine Konfrontation mit der Perspektive benötigt, dass der Arbeitsplatz in der bestehenden Konstellation nicht als Grundlage für die Zukunftssicherung zu halten sei. In der Zwischenzeit habe die Beschwerdeführerin wesentliche Fortschritte

gemacht, sie könne im Oktober 2012 wieder ein Arbeitspensum von 30% aufnehmen und eine weitere Steigerung könne anfangs 2013 ins Auge gefasst werden.

Im Bericht bzw. Begleitschreiben vom 14. September 2012 (AB 21/2 ff.) diagnostizierte der behandelnde Psychiater eine mittelschwere bis schwere Episode mit anflugsweise psychotischer Symptomatik (ICD-10 F32.11/F32.2/32.3), einen Verdacht auf Bipolare-II-Störung (ICD-10 F31.8), eine atypische PTBS (ICD-10 F43.1) sowie – potentiell – eine Arthrose, komplexe Augenprobleme und multiple Allergien. Der Beginn des Krankheitsgeschehens könnte allzu leicht als 'einfache' Midlife-Crisis verstanden werden. Das 'Burn-out' der bisherigen Anpassungsstrategien an eine offensichtlich traumatisierende Jugendzeit und eine viel subtiler unterdrückend-traumatisierende Ehezeit hätten jedoch eine tiefere Problematik zutage geführt.

3.1.2 Gemäss Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 27. Februar 2013 (AB 29) entspreche das derzeit ausgeübte Arbeitspensum dem Zumutbarkeitsprofil von ca. 15%. Morgentief, eintretende Erschöpfung und nachlassende Konzentration seien Symptome einer mittelgradigen depressiven Episode. Im Grossen und Ganzen seien die Dokumente plausibel. Die Beschwerdeführerin stehe in Psychotherapie lege artis.

3.1.3 Dr. med. H._____, Facharzt für Medizinische Onkologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 5. November 2013 (AB 50) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nebst einem Burnout-Syndrom mit anhaltender Belastungssituation ein invasives duktales Mammakarzinom rechts. Dieses sei im Rahmen einer Core-Biopsie vom 24. Mai 2013 entdeckt und anlässlich eines stationären Aufenthalts im Spital I._____ vom 16. - 18. Juli 2013 resektiert worden; vom 4. September bis 23. Oktober 2013 sei eine adjuvante Radiotherapie der rechten Mamma erfolgt (zumal die Beschwerdeführerin eine adjuvante Chemotherapie abgelehnt habe) und aktuell sei eine antihormonelle adjuvante Behandlung mit Arimidex aufgenommen worden. Aus rein onkologischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 16. Juli bis voraussichtlich Ende Dezember 2013. Aufgrund der antihormonellen Behandlung könnten vermehrt

Gelenk- und Muskelschmerzen und Konzentrationsstörungen auftreten, was zu einem verminderten Arbeitstempo und rascherem Ermüden führen könne.

3.1.4 Mit Bericht vom 13. Juni 2013 (AB 38) ging der behandelnde Psychiater von einem stationären bzw. verschlechterten Gesundheitszustand aus. Die Konfrontation mit der Diagnose Mammakarzinom im Mai 2013 habe zusätzlich intensivierete integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und Stützung benötigt. Langfristig werde maximal eine Arbeitsfähigkeit von 40 - 50% erreicht werden können.

Gemäss Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters vom 18. November 2013 (AB 55) müssten die früheren depressiven Episoden unter der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.2) definiert werden; die Diagnose einer Bipolar-II-Störung und einer atypischen PTBS seien allenfalls dieser Diagnose zu subsumieren. Die komplexe Augenerkrankung und die Gelenkerkrankung hätten zumindest teilweise einen Einfluss auf eine hypothetisch volle Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der an sich lebensfrohen Grundlage und dem seit der Kindheit eingeübten Kampf um Autonomie und Selbstbestimmung bestehe betreffend Erreichen eines stabileren psychosomatischen Gleichgewichts eine relativ günstige Langzeitprognose. Die Restarbeitsfähigkeit werde in Zukunft nicht über 30% betragen. Es werde ab dem 24. Juni 2013 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Körperlich bestünden Einschränkungen durch die komplexe Augenerkrankung, die rheumatischen und arthrotischen Gelenkerkrankungen und multiplen Allergien. Psychisch bestehe eine chronifizierte Fragilität des psychosomatischen Gleichgewichts, eine Stressintoleranz mit permanenter innerer Selbstüberforderung und nicht mehr kompensierbarer Abwehr der Angst vor Autonomieverlust.

3.1.5 Im psychiatrischen Gutachten vom 25. April 2014 (AB 58.1) diagnostizierte Dr. med. J. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neurasthenische Phänomene, vorwiegend in Stresssituationen (Differentialdiagnose: Reaktion auf psychosoziale Stressoren), und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit akzentuierte Persönlichkeitszüge und eine schwere psychosoziale Problematik mit erheblichen finanziellen Schwierigkeiten und Verbitterung

nach einer Trennung vom Ehemann vor zehn Jahren sowie schwierige berufliche Einstiegsmöglichkeiten nach längerer beruflicher Untätigkeit. Fachfremd und ebenfalls ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Status nach operativer Entfernung eines Mamma-Ca, ein multilokuläres Schmerzsyndrom, eine Myopie (korrigiert) und ein Verdacht auf Glaukom mit leicht erhöhten Augendruckwerten und geringgradigen Gesichtsfeldausfällen zu nennen (S. 20 oben). Gemäss telefonischen Auskünften beim Augenarzt und bei den Hausärzten bestehe aus somatischer Sicht kein Leiden, das Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Prognose der Mamma-Ca-Erkrankung sei gut. Bei der Laboruntersuchung habe sich eine geringgradige Erhöhung der antinukleären Antikörper gezeigt; dieser Befund sei für eine rheumatische Erkrankung nicht beweisend. Bei der aktuellen Untersuchung hätten sich keine Anhaltspunkte für hypomanische Phasen finden lassen; die Differentialdiagnose bipolare Störung sei in der Zwischenzeit durch den behandelnden Psychiater ausgeschlossen worden. Die Diagnosekriterien einer PTBS gemäss ICD-10 seien bei der Beschwerdeführerin nicht erfüllt. Für die Diagnose eines Burnouts spreche die Angabe der Beschwerdeführerin, dass sie durch die Arbeitstätigkeit vollständig erschöpft worden sei; gegen diese Diagnose sprächen der Verlauf und die Beschreibung der Symptomatik. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der gegenwärtigen Untersuchungsbefunde und der Akten sei es nicht möglich, die Diagnose einer depressiven Episode beziehungsweise einer rezidivierenden depressiven Störung von mittelgradigem bis schwerem Ausmass zu bestätigen. Die Beschwerdeführerin beschreibe in erster Linie eine verminderte Belastbarkeit und eine Stressintoleranz. Gegen eine depressive Störung sprächen die vielen Interessen und die gute affektive Modulation. Die Stimmungslage sei in Krisensituationen eher dysphorisch als depressiv. Für eine depressive Episode fehlten Insuffizienz- und Schuldgefühle (sie stecke vielmehr voller Schuldzuweisungen). Sie habe ihren Haushalt immer besorgen können, pflege Kontakte und das Gewicht sei stabil geblieben. Wie in der Kindheit bestehe bis heute ein Vermeidungsverhalten. Aus ihrer Schilderung heraus sei von einer erhöhten Kränkbarkeit auszugehen, sie neige in Konfliktsituationen dazu, psychisch zu dekomensieren. Sie habe den Eindruck hinterlassen, dass sie in derartigen Situationen ebenso austeile, obschon sie selbst meine, sie habe sich immer anpassen müssen und habe nie etwas zu sagen gehabt. Der psycho-

sozialen Belastungssituation komme bei den psychischen Beschwerden ein grosses Gewicht zu. Bei der aktuellen Tätigkeit und Therapie ergäben sich multiple Verstrickungen zwischen den involvierten Personen (S. 23 ff.): Mit ihrem Arbeitgeber habe sie während 1½ Jahren eine partnerschaftliche Beziehung gepflegt (S. 22 unten); von ihrem behandelnden Psychiater sei sie zur Untersuchung gebracht worden, dieser sei für sie aktuell wie ein väterlicher Freund (S. 18 Mitte). Nach Ansicht der Gutachterin sei seit dem beruflichen Wiedereinstieg bezogen auf ein 100% Arbeitspensum von einer Leistungseinschränkung von maximal 30% auszugehen. Die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei auf den Umstand zurückzuführen, dass aus gutachterlicher Sicht eine andere Diagnose erstellt worden sei und die IV-fremden Faktoren in die Beurteilung eingeflossen seien (S. 26 f. je unten).

3.1.6 Dr. med. H. _____ stellte im Bericht vom 28. Mai 2014 (AB 61) bezüglich des onkologischen Leidens (Mammakarzinom) keine relevante Änderung fest. Er erwähnte, dass die antihormonelle Behandlung mit einem Aromatasehemmer wegen Unverträglichkeit habe gestoppt werden müssen. Die durch den Aromatasehemmer erneut ausgelöste depressive Grundstimmung mit massiven Konzentrationsstörungen, Einbruch der Leistungsfähigkeit und damit passagerer Unfähigkeit der Arbeitswiederaufnahme habe Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aus onkologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin arbeitsfähig; eine gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit sei vom Hausarzt und Psychiater festzulegen.

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 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismündigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

3.2.2 Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht {BGer}] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.3 Mit der angefochtenen Verfügung (AB 71) ist die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen, dass weder die Krebserkrankung noch andere somatische Leiden die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigen. Die Beschwerdeführerin lässt diese Schlussfolgerung unbeanstandet und auch aufgrund der medizinischen Aktenlage ergeben

sich, soweit die Verhältnisse im Verfügungszeitpunkt betreffend, keine Anhaltspunkte für eine anderweitige Annahme (vgl. dazu insbesondere den schlüssigen und voll beweiskräftigen [vgl. E. 3.2 hiervor] onkologischen Bericht vom 28. Mai 2014 [AB 61; vgl. E. 3.1.6 hiervor]). Es ist damit davon auszugehen, dass die Brustkrebsoperation zu einer bloss vorübergehenden Beeinträchtigung des funktionellen Leistungsvermögens geführt hat (vgl. insb. AB 50/8 Ziff. 1.6). Aus den von der Beschwerdeführerin im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung gemachten Angaben ist denn auch zu schliessen, dass sie trotz dieser Erkrankung und den entsprechenden Behandlungsmassnahmen ein erhebliches Aktivitätsniveau beibehalten hat (vgl. insb. AB 58.1/11 oben, 58.1/14 unten, 58.1/15 f.). Soweit die Beschwerdeführerin (BB 2) bzw. der sie behandelnde Psychiater (BB 4; vgl. bereits AB 21/2 ff., 55) anzudeuten versuchen, die Augenerkrankung, die Gelenkerkrankung und die multiplen Allergien könnten sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, kann ihm nicht gefolgt werden. Seine fachfremde Äusserung widerspricht den Aussagen der behandelnden Ärzte und es wäre von ihm zu erwarten gewesen, dass er aktuelle spezialärztliche Untersuchungen veranlasst hätte, was aber unterblieben ist. So oder anders verneinen der Augen- und die Hausärzte diesbezüglich eine Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. AB 58.1/8 oben).

3.4 Vorliegend ist denn auch hauptsächlich streitig, inwiefern die Beschwerdeführerin durch die psychiatrischen Befunde in ihrem funktionellen Leistungsvermögen eingeschränkt wird.

3.4.1 Das psychiatrische Gutachten vom 25. April 2014 (AB 58.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb diesem volle Beweiskraft zukommt (vgl. E. 3.2.1 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen (so nebst anamnestischen Erhebungen [AB 58.1/8 ff.] auch Untersuchungsbefunde und Beobachtungen zu den Äusserlichkeiten [AB 58.1/18 ff.]) und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Zudem setzt sich die Gutachterin überzeugend mit der abweichenden Meinung des behandelnden Psychiaters (vgl. E. 3.4.2 nachfolgend) auseinander; eine Diskreditierung, wie dies die Be-

schwerdeführerin in der Beschwerde, S. 4, geltend macht, ist nicht ersichtlich. Wenn nun in diesem Zusammenhang die Beschwerdeführerin die Aussage der Gutachterin beanstandet, es bestünden bei der aktuellen Therapie multiple Verstrickungen zum behandelnden Psychiater (vgl. AB 58.1/26), so ist doch anzumerken, dass die Beschwerdeführerin diesen selber als väterlichen Freund bezeichnet hat und dessen Begleitung zu einer Begutachtung nicht mehr als eigentliche Therapiemassnahme betrachtet werden kann (vgl. AB 58.1/18 Mitte). Ihre diesbezüglich relativierenden Aussagen (BB 2) vermögen daran nichts zu ändern.

3.4.2 Die Gutachterin erläutert im Gutachten (AB 58.1) auf den Seiten 24 f. in nachvollziehbarer Weise, weshalb die Diagnosen einer bipolaren Störung (vom behandelnden Psychiater ohnehin als blosse Verdachtsdiagnose gestellt [AB 21/7 oben] und in der Folge von ihm selber verworfen [AB 55/1 unten]), einer atypischen posttraumatischen Belastungsstörung (AB 21/7 oben; zwischenzeitlich vom behandelnden Psychiater ebenfalls verworfen [AB 55/1 unten]) und einer depressiven Störung (mittelschwer bis schwer [AB 21/6 unten]; vgl. auch AB 55/1 unten) als nicht gegeben betrachtet werden können. In diesem Zusammenhang ist erneut auf das doch erhebliche Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin hinzuweisen (vgl. bereits E. 3.3 hiervor). Allein schon deshalb erscheinen diese Diagnosen als nicht angezeigt. Insoweit kann auch dem behandelnden Psychiater nicht gefolgt werden, wenn er im Bericht vom 14. September 2012 (AB 21/6 ff.; vgl. E. 3.1.1 dritter Abschnitt hiervor) davon ausgeht, der Beginn des Krankheitsgeschehens könnte allzu leicht als 'einfache' Midlife-Crisis verstanden werden, habe doch das 'Burn-out' eine tiefere Problematik im Sinne der gestellten Diagnosen zutage gefördert. Vielmehr zeigt die Gutachterin in einer sorgfältigen Würdigung der Krankheitsanamnese und des erhobenen Psychostatus nachvollziehbar auf, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um eine "schillernde, eigenwillige" und erhöht kränkbare Persönlichkeit handelt (vgl. insb. die entsprechende Herleitung in AB 58.1/21 f.), die in psychosozial schwierigen Verhältnissen lebt und in Konfliktsituationen dazu neigt, psychisch zu dekompensieren (AB 58.1/25). Dies wird durch Auflage der Arztberichte aus den Jahren 1999 (BB 5) und 2004 (BB 6) ausdrücklich bestätigt. Denn sowohl im Jahre 1999 als auch im Jahr 2004 waren es Beziehungsprobleme, welche zu einer vorüberge-

henden Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion führten. Damit ist allgemein hinsichtlich der in solchen Situationen auftretenden Depressionen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es sich dabei um ein reaktives und damit therapierbares Geschehen handelt; entsprechend ist vom behandelnden Psychiater mittlerweile attestierte rezidivierende depressive Störung (vgl. AB 55/1 unten) – welche die Gutachterin jedoch zu Recht ausschloss (AB 58.1/25) – vorliegend schon von daher unbeachtlich (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299). All dessen war sich der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ seinerzeit nicht bewusst, als er die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode einzig gestützt auf Berichte des behandelnden Psychiaters (vgl. E. 3.1.1 hiervor) und ohne eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin im Grossen und Ganzen als plausibel erachtete (AB 29; vgl. E. 3.1.2 hiervor); entsprechend vermag die Beschwerdeführerin hieraus (vgl. Beschwerde, S. 3 Ziff. V.3.b) nichts zu ihren Gunsten abzuleiten.

3.4.3 Insoweit überzeugt vielmehr die gutachterliche Beurteilung, dass es sich bei der beklagten anhaltenden Erschöpfungssymptomatik um eine neurotische Störung (Neurasthenien sind unter den anderen neurotischen Störungen zu subsumieren; vgl. ICD-10 F48.0) handelt, die sich zwar durch die schwierige Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin erklären lässt, indessen eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht zu begründen vermag. Die Gutachterin begründet denn auch überzeugend, weshalb diesen Persönlichkeitszügen entgegen der im Bericht vom 1. Juni 2004 (BB 6) gestellten, jedoch nicht näher begründeten und auch aufgrund der erhobenen psychopathologischen Befunde nicht nachvollziehbaren Diagnose einer Persönlichkeitsstörung eben nicht ein solches Ausmass beizumessen ist (AB 58.1/25 f.).

3.4.4 Dieser Einschätzung scheint im Kern auch der behandelnde Psychiater beizupflichten, wenn er in der E-Mail an die Gutachterin (AB 60/2) eine Rentenzusprechung nicht mit den psychopathologischen Befunden, sondern als symbolische Anerkennung des von der Beschwerdeführerin seit früher Jugend gezeigten Willens, kein Sozialfall zu werden, befürwortet. Soweit er damit der Invalidenrente einen therapeutischen Effekt beizumessen scheint, steht dies in Widerspruch zur höchstrichterlichen Rechtspre-

chung, welche hinsichtlich der Zumutbarkeitsbeurteilung bei psychogenen Gesundheitsbeeinträchtigungen einen objektivierten Massstab anlegt, mit-hin sich dabei nicht vom weiter gefassten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell leiten lässt (vgl. E. 2.2 hiervor; vgl. auch MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 4 N. 21 ff.). Soweit sich der behandelnde Arzt in seiner Stellungnahme vom 29. September 2014 (BB 4) auf seine 25-jährige Erfahrung als Leiter eines sozialpsychiatrischen Dienstes beruft und kritisiert, die Gutachterin werde der Persönlichkeit seiner Klientin nicht gerecht, bestätigt dies die Feststellung hiervor, dass er sich bei seinen Einschätzungen vom hier nicht massgeblichen bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff leiten lässt.

3.5 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt genügend abgeklärt. Von den beschwerdeweise beantragten weiteren Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, womit darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Entsprechend dem psychiatrischen Gutachten ist – soweit überhaupt (vgl. E. 2.2 hiervor) – von einer Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von maximal 30% (AB 58.1/27 lit. C Ziff. 6) auszugehen, was mangels Erreichens der erforderlichen Erheblichkeitsschwelle von 40% (vgl. E. 2.3 hiervor) nicht zu einer Invalidenrente berechtigt.

Die Beschwerdegegnerin hat das Leistungsbegehren somit zu Recht abgewiesen. Die Verfügung vom 8. September 2014 (AB 71) lässt sich nicht beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 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.

Im vorliegenden Fall sind die Verfahrenskosten auf Fr. 700.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

4.3 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. Unter den gleichen Voraussetzungen kann einer Partei überdies ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2).

Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (vgl. schon prozessleitende Verfügung vom 13. Oktober 2014). Zudem kann das Verfahren als nicht von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist demnach gutzuheissen. Somit ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) i.V.m. Art. 113 VRPG – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

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.