

200 15 398 IV
FUR/BRM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. März 2016

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. März 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A._____, gelernte ..., meldete sich am 28. August 2012 unter Hinweis auf seit Dezember 2011 bestehende rheumatologische und psychische Beeinträchtigungen zur Beruflichen Integration/Rente bei der IV-Stelle Bern (IVB) an (Akten der IVB [act. II] 4). Die IVB holte erwerbliche (act. II 5) sowie medizinische (act. II 6, 8, 19, 21) Unterlagen und die Akten der C._____ (Taggeldversicherer; act. II 13.1 – 13.4) ein.

Als Frühinterventionsmassnahme gewährte die IVB ein Coaching zur Neuorientierung beim Geschäftswiederaufbau bei der D._____ (vgl. Mitteilung vom 13. November 2012; act. II 16 und Berichte vom 20. Februar und 27. November 2013; act. II 26, 62). Der Taggeldversicherer hatte die Versicherte bereits im Oktober 2012 zu einem Case Management zwecks Erörterung der Situation mittels eines Assessments sowie Installation eines Job-Coachings bei der E._____, angemeldet (act. II 25, 30, 61).

Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. F._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 31), veranlasste die IVB eine bidisziplinäre Begutachtung durch das Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH (ABI), Basel (act. II 32); das am 29. August 2013 verfasste Gutachten wurde der IVB am 5. September 2013 zugestellt (act. II 49.1).

Im Oktober 2013 erteilte die IVB Kostengutsprache für ein Aufbautraining bei der G._____, mit Coaching durch die H._____, in der Zeit vom 16. Oktober 2013 bis 7. Januar 2014 (act. II 57) samt Verlängerung für die Zeit vom 8. Januar bis 31. März 2014 (act. II 66). Daran schloss sich eine Einarbeitung im I._____ mit Coaching durch die H._____ an (vgl. Kostengutsprache vom 7. April 2014; act. II 70), welche bis 30. Juni 2014 verlängert wurde (act. II 73). Hierüber erstattete die H._____ am 30. Juni 2014 Bericht (act. II 74). Per 1. Juli 2014 konnte die Versicherte eine Stelle im Seminarzentrum I._____ zu einem Pensum von 70% mit Leistungslohn entsprechend der effektiven Leistung antreten (vgl. act. II 78).

In der Folge holte die IVB einen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. J._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 77), ein und liess die Versicherte aufgrund der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. F._____ (act. II 79) im Sinne eine Reevaluation erneut im ABI psychiatrisch begutachten (act. II 81). Das Gutachten wurde am 25. November 2014 vorgelegt (act. II 88.1).

B.

Gestützt auf diese Abklärungen stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 12. Dezember 2014 die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels einer iv-rechtlich relevanten Diagnose in Aussicht (act. II 90). Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch die K._____, am 20. Februar 2015 Einwand erheben (act. II 98 S. 1) und unter Hinweis auf die beigelegte Stellungnahme von Dr. med. J._____ vom 8. Februar 2015 zum ABI-Gutachten (act. II 98 S. 2 – 10) geltend machen, sie könne eine Arbeit – wenn sie eine solche hätte – nicht über längere Zeit aufrechterhalten, woran auch ein psychosomatischer Rehaaufenthalt nichts zu ändern vermöchte.

Nach hierzu eingeholter Stellungnahme seitens des RAD-Arztes Dr. med. F._____ (act. II 101) verfügte die IVB am 20. März 2015 entsprechend dem Vorbescheid (act. II 102).

C.

Hiergegen liess die Versicherte, nunmehr vertreten durch B._____, am 7. Mai 2015 Beschwerde erheben mit den Anträgen, die Verfügung vom 20. März 2015 sei aufzuheben und es sei die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch näher abzuklären. Sodann sei der Beschwerdeführerin eine Rente zuzusprechen; eventualiter sei ihr ausgehend von einer Leistungsfähigkeit von 28% eine Rente zuzusprechen. Gerügt wird, dass das ABI-Gutachten vom 25. November 2014 – auf welches die IVB für die Beurteilung der Rentenfrage abgestellt habe – widersprüchlich und nicht schlüssig sei. Insbeson-

dere sei das Ausmass der – an sich vom ABI zutreffend diagnostizierten – Persönlichkeitsstörung, wie sich im Rahmen der beruflichen Massnahmen gezeigt habe, weit schwerer als von der Gutachterin angenommen. Sodann fehle eine Diskussion der bestehenden diagnostischen Unterschiede sowie eine Auseinandersetzung mit differenzialdiagnostischen Überlegungen. Aus dem Gutachten gehe weiter nicht hervor, ob die Gutachterin ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50% in Kenntnis der effektiven Leistungsfähigkeit von 28% abgegeben habe. Bei der Einschätzung des behandelnden Psychiaters handle es sich – entgegen der vom RAD-Arzt vertretenen Auffassung – nicht um eine unterschiedliche Beurteilung des gleichen Sachverhaltes. Auf das ABI-Gutachten könne deshalb nicht abgestellt werden, es bedürfe vielmehr einer näheren psychiatrischen Abklärung der Arbeitsfähigkeit. Allenfalls sei gestützt auf die Ergebnisse des Coachings von einer effektiven Leistungsfähigkeit von 28% auszugehen.

Ferner wird um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege nachgesucht.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 22. Juli 2015 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf die Ausführungen in der angefochtene Verfügung sowie ergänzend auf die Stellungnahme der psychiatrischen Gutachterin vom 13. Juli 2015 verwies, in welcher nach Prüfung der Unterlagen des Behandlers und der beruflichen Eingliederung ausgeführt werde, dass sich aus objektiver Sicht keine neuen Aspekte ergäben und weiter auf das Gutachten vom 25. November 2014 abgestützt 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 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 30. März 2015 (act. II 102). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich auf eine Rente.

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 Er-

werbsmöglichkeiten 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).

2.2.1 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). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

2.2.2 Eine Dysthymie, welche nicht zusammen mit anderen Befunden wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt, kommt nach der Rechtsprechung nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich; sie ist allein somit regelmässig nicht invalidisierend (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2).

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 das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person 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).

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 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 ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 19. Oktober 2012 hielt die behandelnde Ärztin Dr. med. L. _____, FMH Allgemeine Medizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Lumbago, Myogelosen lumbal und cervical, ein chronisches Cervikalsyndrom, eine instabile Persönlichkeit mit rezidivierenden depressiven Episoden sowie einen Status nach OSG-Fraktur links vor Jahren fest. Es bestünden Einschränkungen beim Heben schwerer Lasten, beim Bücken und lange am PC Sitzen. Es wurden bei guter Prognose Arbeitsunfähigkeiten unterschiedlichen Ausmasses bescheinigt und eine schrittweise Steigerung auf ein Vollpensum in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als selbstständige ... bis Ende Dezember 2012 vorgesehen (act. II 8).

3.1.2 Dr. M. _____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 13. November 2012 ein ausgeprägtes myofaszielles Schmerzsyndrom; derzeit bestünden keine relevanten körperlichen Einschränkungen mehr und aus rein somatischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit in vollem Umfang zumutbar. Es sei eine psychiatrische Evaluation mit Therapie zu empfehlen (act. II 19).

3.1.3 Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. med. N. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom

28. November 2012 eine reaktive Depression bei selbstunsicherer Persönlichkeit sowie ein linksseitiges Schmerzsyndrom LWS und linkes Bein. Seit Herbst 2011 bestehe eine zunehmende psychosoziale Belastung, ausgehend vor allem vom Geschäft (interpersonelle Probleme mit einer Praktikantin und einer Firma, die gerichtliche Forderungen gestellt habe) und einem Konflikt mit dem Vater. Dies habe die Patientin massiv destabilisiert und sie habe zunehmend unter einem linkseitigen Schmerzsyndrom gelitten. Sie sei durch ihre aktuelle Situation überfordert und breche rasch in Weinen aus. Psychisch sei der reaktiv depressive und Überforderungszustand einschränkend; körperliche oder geistige Einschränkungen bestünden nicht. Wenn die aktuelle Krise einigermaßen geregelt sei, werde die Patientin in der Lage sein, wieder für sich und ihr Geschäft einzustehen. Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 12. November 2012 bis voraussichtlich 7. Januar 2013 bescheinigt mit dem Ziel, die Arbeitsfähigkeit ab Januar 2013 langsam zu steigern (act. II 21).

3.1.4 Im bidisziplinären Gutachten vom 5. September 2013 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie mit ausgedehntem psychosomatischem Symptomenkomplex (ICD-10: F34.1), eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0), akzentuierte Persönlichkeitszüge mit asthenischen und sensitiven Zügen sowie ein Hypermobilitätssyndrom (ICD-10: M35.7) mit rezidivierenden Blockierungen im Wirbelsäulenbereich genannt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe diagnostisch ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links-betont (ICD-10: M54.5), ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10: M35.0), ein beginnendes generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.9) sowie ein anamnestisch schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1). Aus Sicht des Bewegungsapparates seien der Explorandin bei geringen objektiven Befunden keine körperlich schweren Tätigkeiten zumutbar; für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit – so auch für die angestammte Tätigkeit als ... – bestehe uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. In psychiatrischer Hinsicht könne bei der Patientin bei protrazierter affektiver Störung von einer Dysthymie gesprochen werden, dies mit einem ausgedehnten psychosomatischen Symptomenkomplex. Parallel bestehe derzeit eine leichtgradige depressive Episode, das Ganze vor dem Hintergrund

von asthenischen und sensitiven Zügen einer akzentuierten Persönlichkeit. Die in den Arztberichten nachvollziehbar attestierten Arbeitsunfähigkeiten hätten sich bis zum Untersuchungszeitpunkt deutlich reduziert und es sei ein weiterer Remissionsprozess zu erwarten, eine stabile langfristige Einschätzung sei derzeit aber nicht möglich. Arbiträr sei ab Januar 2013 von einer 75%igen und ab Juli 2013 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen; nach weiterer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit könne ab Anfang 2014 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit erwartet werden. Angesichts der prospektiv schwierig zu beurteilenden Situation empfehle sich andernfalls eine psychiatrische Reevaluation in einem Jahr (act. II 49.1 insb. S. 15 f.).

3.1.5 In seinem Bericht vom 11. Juli 2014 hielt Dr. med. J. _____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere, gemischte, vor allem sensitive bis paranoide, gleichzeitig auch ängstlich-vermeidende, selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61), zumindest seit Adoleszenz (mit Dysthymie [ICD-10: F34.1], rezidivierenden, depressiven Episoden unterschiedlichen Schweregrades [ICD-10: F33] und ausgedehntem psychosomatischem Symptomenkomplex bei bekannten rheumatologischen Diagnosen) fest. Die Patientin zeige sich grundsätzlich Willens zur Integration in neue Arbeitsumfelder, erreiche allerdings schnell ihre Leistungsgrenze und reagiere mit Symptomen von Überforderung und Stressintoleranz wie rasche Erschöpfbarkeit, Ungenauigkeiten, Fehlleistungen und schliesslich körperlichen Krankheitssymptomen. Die regelmässigen wiederkehrenden Zuspitzungen hätten im Lauf der letzten Monate vielfachen Anlass zu zeitaufwendigen Kriseninterventionen gegeben, jedoch jeweils ohne nachhaltige therapeutische Wirkung. Die begonnene psychopharmakotherapeutische Behandlung habe eine subjektiv günstige Wirkung, auf die sozialen Wahrnehmungsstörungen, die hohe Kränkbarkeit, die ausgeprägte Konfliktunfähigkeit, die Neigung zu paranoiden Verkennungen, die emotionale Inkonstanz und das ruinöse Selbstwertgefühl dagegen keinen entscheidenden Einfluss. Insofern treffe die psychiatrisch diagnostische Einschätzung der ABI-Gutachter zu, das Ausmass der vorliegenden Persönlichkeitsstörung sei indessen weitaus schwerer, als damals angenommen. Die Prognose bezüglich der schweren Persönlichkeitsstörung und der Eingliederung ins Erwerbsleben sei ungünstig; die

wiederkehrenden depressiven Episoden hätten mittels antidepressiver Medikation günstig beeinflusst werden können, während sich die ausgedehnten psychosomatischen Symptome als therapierefraktär erwiesen hätten (act. II 77 S. 10 unten).

3.1.6 Am 23. Juli 2014 wies Dr. med. F. _____ auf Diskrepanzen zwischen dem Gutachten des ABI vom 5. September 2013, dem Schlussbericht der H. _____ vom 30. Juni 2014 sowie dem Bericht von Dr. med. J. _____ vom 11. Juli 2014 hin. Das Gutachten des ABI sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ab Juli 2013 mit Steigerung auf 100% innert fünf Monaten ausgegangen, während Dr. med. J. _____ durchwegs eine Arbeitsunfähigkeit von 100% annehme. Diese Diskrepanzen gelte es zu klären. Er empfahl deshalb, wie angesichts der prospektiv schwierigen Beurteilung bereits im Gutachten des ABI ins Auge gefasst, eine psychiatrische Begutachtung im Sinne einer Reevaluation (act. II 79).

3.1.7 Anlässlich einer psychiatrischen Reevaluation vom 25. November 2014 bestätigte die Gutachterin im Wesentlichen die im Gutachten vom 5. September 2013 erhobenen Diagnosen, namentlich wurden eine Dysthymie mit ausgedehntem psychosomatischem Symptomenkomplex (ICD-10: F34.1), eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit asthenischen und sensitiven Zügen angegeben. Im Vordergrund stünden sensitive zusammen mit asthenischen und gewissen histrionischen Zügen sowie Ich-Dysfunktionalität mit ständiger kompensatorischer Entwertung und Verzerrung anderer Personen in der Realitätsorientierung, was auch die Versuche der Arbeitstrainings erschwert habe. Der Schwerpunkt der Behandlung liege auf dem psychotherapeutischen und nicht auf dem medikamentösen Gebiet. Seit der Dekompensation im Sommer 2014 bestehe nur eine Arbeitsfähigkeit von 50%, und zwar idealerweise in einer Alleinbeschäftigung (z.B. in einem Extraraum) zur Vermeidung sozialer Konflikte; bezüglich vorgängiger Arbeitsunfähigkeiten könne auf das Gutachten vom 5. September 2013 verwiesen werden. Zur früheren psychiatrischen Einschätzung ergebe sich keine wesentliche Diskrepanz. Es werde die Durchführung einer psychosomatischen stationären Rehabilitation empfohlen (act. II 88.1).

3.1.8 Dr. med. J. _____ führte in seiner Stellungnahme vom 8. Februar 2015 zuhanden der IVB aus, dass und warum das ABI-Gutachten vom 17. November 2014 das fachärztliche Begutachtungsprozedere verletze sowie die qualitativen Mindestanforderungen an ein Gutachten nicht erfülle; ferner seien die diagnostischen Einschätzungen der Gutachterin vor dem Hintergrund anerkannter diagnostischer Kategorien im Bereich der Psychiatrie nicht nachvollziehbar. In formaler Hinsicht fehle die unverzichtbare Auflistung der berücksichtigten Vorakten sowie eine hinreichend begründete Auseinandersetzung mit Diskrepanzen zu anderen ärztlichen und erwerblichen Berichten. In inhaltlicher, diagnostischer Hinsicht fehle es an einer fundierten, fachlich-kritischen Reflexion. Die Angaben der Gutachterin seien teilweise nachvollziehbar, stellten teilweise aber auch befremdliche, widersprüchliche Aussagen, Vermutungen und Behauptungen dar. Angesichts des weitgehenden Versagens der bisherigen ambulanten Therapien sollte die Patientin einer stationären psychosomatischen Behandlung zugeführt werden, wofür sie nunmehr offen zu sein scheine. Es sei deshalb sinnvoll, mit einer abschliessenden Beurteilung sowie dem Erlass einer Verfügung seitens der Invalidenversicherung zuzuwarten, bis die Ergebnisse einer allfälligen Hospitalisation vorlägen (act. II 98).

3.1.9 Auf entsprechende Anfrage führte das ABI, Dr. med. O. _____, am 13. Juli 2015 aus, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die H. _____ auf 28% ohne medizinische Begründung abgegeben worden sei; sie stelle weitestgehend eine Beobachtung im Arbeitsleben dar, welche von zahlreichen bewussten und unbewussten Einstellungen und Verhaltensweisen moduliert sei, die keine objektive Fähigkeitsbeurteilung erlaube. Die gutachterliche Beurteilung unterscheide sich nicht entscheidend von den Diagnosen des behandelnden Dr. med. J. _____ (akzentuierte Persönlichkeitszüge gegenüber paranoide Persönlichkeitsstörung auch mit sensitiven Zügen); different seien jedoch die validen versicherungsmedizinischen Beurteilungen. Aus gutachterlicher Sicht erfüllten die bei bekannter langjähriger Dysthymie beobachteten neurotischen Verhaltensmuster das Kriterium einer Persönlichkeitsstörung nicht. Die Ressourcen der Versicherten (ausgeprägte Willens- und Antriebsbildung, Durchsetzungs- und Ausdauerfähigkeit) seien insgesamt recht gut vorhanden; paranoide Elemente hätten nicht beobachtet werden können, allerdings sei der Eindruck ent-

standen, dass sich die Versicherte zeitweise sehr stark ihren Emotionen überlasse. Kontroll- und Kompensationsmechanismen seien aus objektiver Sicht gegeben, sodass in Abweichung zum behandelnden Psychiater keine vollständige Arbeitsunfähigkeit gesehen werden könne. Am Begutachtungsergebnis sei deshalb festzuhalten (act. II 111).

3.2 In medizinischer Hinsicht stützt die IVB die vorliegend angefochtene Verfügung auf das Gutachten des ABI vom 25. November 2014 (act. II 88.1). Darin werden verschiedene psychiatrische Diagnosen gestellt und eine Einschränkung in der der Arbeitsfähigkeit von 50% bescheinigt (vgl. E. 3.1.7 hiervor).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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 Beweiswürdigung 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).

Das vorliegend eingeholte ABI-Gutachten erfüllt die nach der geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung an eine Expertise gestellten Anforderungen. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einlässlichen gutachterlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden 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. 2.3 hiervor). Insbesondere werden die gestellten Diagnosen sowie Befunde unter Berücksichtigung der übrigen ärztlichen Unterlagen einlässlich diskutiert und – bei im Wesentlichen unveränderten Verhältnisses anlässlich der Begutachtung vom August 2013 und November 2014 – gestützt hierauf eine überzeugende Beurteilung der medizinischen Situation abgegeben.

Was die Beschwerdeführerin dagegen insbesondere unter Berufung auf die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters vom 8. Februar 2015 (act. II 98) vorbringen lässt, vermag daran nichts zu ändern:

Zunächst hat die Gutachterin entgegen der Vermutung von Dr. med. J._____ zweifellos Kenntnis auch von den Berichten betreffend die beruflichen Eingliederungsmassnahmen gehabt. Eingang ihres Gutachtens vom 25. November 2014 hat Dr. med. O._____ ausdrücklich festgehalten, dass sie ihre Ausführungen auf die von der IVB zur Verfügung gestellten Akten stütze, in welchen mit Sicherheit auch die genannten Bericht figurierten. Eine formale Auflistung der Berichte ist sodann entbehrlich, wenn – wie dies vorliegend der Fall (vgl. act. II 88.1 S. 3, 6) – aus dem Gutachten ersichtlich ist, dass auf diese Bezug genommen und deren Inhalt diskutiert wurde. In ihrer Stellungnahme vom 13. Juli 2015 (act. II 111) weist die Gutachterin dann zutreffend darauf hin, dass die im Rahmen des Schlussberichts der H._____ erfolgte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 28% auf einer Beobachtung im Arbeitsleben basiere, welche von zahlreichen bewussten oder unbewussten Faktoren moduliert werde und überdies ohne medizinische Begründung erfolgt sei.

Soweit im Bericht von Dr. med. J._____ und beschwerdeweise auf die unterschiedliche Diagnosestellung zwischen Gutachterin und behandelndem Psychiater hinsichtlich der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin bzw. eine mangelnde Diskussion dieser Diskrepanzen seitens der Gutachterin hingewiesen wird, wird offenbar verkannt, dass sich die zu dieser Kritik Anlass gebende Bemerkung in Ziffer 8 des Gutachtens (act. II 88.1 S. 7) auf die Einschätzung im vorangegangenen Gutachten vom August 2013 und nicht auf die abweichende Diagnosestellung des behandelnden Arztes bezieht. Sodann hat die Gutachterin in einer nochmaligen Stellungnahme vom 13. Juli 2015 (act. II 111) mit schlüssiger Begründung dargelegt, dass und warum die Kriterien der von Dr. med. J._____ festgestellten Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt sind sowie entgegen dessen Einschätzung nicht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist.

Eine Überprüfung der Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin unter dem – wenn auch diagnostisch festgehaltenen – Aspekt eines psychosomatischen Leidens erübrigt sich bereits des-

halb, weil ein psychosomatischer Symptomenkomplex lediglich im Zusammenhang mit der Dysthymie (vgl. E. 3.1.4 und 3.1.7) bzw. mit den – letztlich unbestritten in einer angepassten Tätigkeit, wozu auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Innenarchitektin zu zählen ist, nicht einschränkenden – rheumatologischen Beschwerden (E. 3.1.5 und 3.1.8) erwähnt wurde und auch klassifikatorisch weder vom behandelnden Psychiater noch von der psychiatrischen Gutachterin der hierfür relevanten ICD-Ziffer (nämlich F45.40) zugeordnet wurde.

3.3 Auszugehen ist nach dem oben Gesagten mithin in medizinischer Hinsicht von einer Dysthymie, leicht- bis mittelgradigen – aber immer noch unter ICD-10: F32.0 gefassten – depressiven Episoden sowie akzentuierten Persönlichkeitszügen.

Eine Dysthymie ist nach der im Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (vgl. auch: DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 183). Sie kommt aber für sich allein betrachtet nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich (vgl. E. 2.2.2 hiavor). Eine ernsthafte Persönlichkeitsstörung – welche allenfalls zusammen mit einer Dysthymie einen relevanten Gesundheitsschaden darstellen könnte – ist nach der schlüssigen ABI-Begutachtung nicht anzunehmen. Die Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) stellt als sogenannte ICD-10-Z-Kodierung rechtsprechungsgemäss keine invaliditätsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 23. Januar 2013, 9C_605/2012, E. 3.3). Es liegt somit kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. E. 2.2.2 hiavor) kann aus rechtlicher Sicht auf die gutachterliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung nicht abgestellt werden, wenngleich diese aus rein medizinischer Sicht durchaus zutreffen mag.

Der Beschwerdeführerin ist nach dem Gesagten der angestammte Beruf weiterhin vollumfänglich zumutbar. Der Umstand, dass sie ein Arbeitsum-

feld benötigt, welches ihrer Persönlichkeit Rechnung trägt, gehört zum Zumutbarkeitsprofil. Es ist davon auszugehen, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. Art. 16 ATSG) solche Stellen angeboten werden.

3.4 Nach dem Gesagten hat die IVB das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu Recht verneint. Der Beschwerdeführerin ist die angestammte Tätigkeit weiterhin vollumfänglich zumutbar. Mangels eines leistungsrelevanten Gesundheitsschadens besteht kein Anspruch auf eine Rente. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechters und die 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. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat damit grundsätzlich die Verfahrenskosten zu bezahlen, die gerichtlich auf Fr. 700.— festgesetzt werden.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (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 überdies einer Partei eine Anwältin oder 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, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Das vorliegend zu beurteilende Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege bezieht sich einzig auf die Befreiung von den Kosten des Beschwerdeverfahrens. Da B. _____ in keinem Anwaltsregister eingetragen ist, könnte sie

der Beschwerdeführerin ohnehin nicht als amtliche Anwältin zugeordnet werden (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009; www.justice.be.ch).

Die Prozessarmut der vom Sozialdienst unterstützten Beschwerdeführerin ist gestützt auf die von ihr eingereichten Unterlagen erstellt (vgl. Gesuchsbeilagen [act. IA] 1 – 3). Da weiter das Beschwerdeverfahren nicht als von vornherein aussichtslos zu betrachten ist, ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht gutzuheissen. Die Beschwerdeführerin ist damit – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272), d.h. sobald sie innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist – vorläufig von der Bezahlung der Verfahrenskosten zu befreien.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird hinsichtlich der Verfahrenskosten 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

Die Kammerpräsidentin:

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.