

200 15 840 IV  
MAW/BOC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. März 2016**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiberin Bossert

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Stadt B. \_\_\_\_\_, handelnd durch Frau Fürsprecherin  
C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. August 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1972 geborene und verbeiständete A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals am 30. Dezember 2010 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an, ohne nähere Angaben zur krankheitsbedingten, seit dem 27. Juli 2010 bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung zu machen (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 60 f.). Den in der Folge von der IVB eingeholten medizinischen Berichten (act. II 20/2 und 24/7 f.) konnte entnommen werden, die Versicherte sei wieder zu 100 % arbeitstätig bzw. müsste eigentlich 100 % arbeiten können, was zur Abweisung des Leistungsbegehrens mit Verfügung vom 13. Dezember 2011 führte (act. II 33). Diese Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Am 12. Dezember 2014 meldete sich die Versicherte wegen Niedergeschlagenheit, rezidivierenden depressiven Episoden sowie Einschlaf- und Durchschlafstörungen bei psychosozialer Belastungssituation erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (act. II 34). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und führte am 15. Januar 2015 ein Erstgespräch durch; zudem gingen ihr die Akten der Krankentaggeldversicherung der Versicherten, der D.\_\_\_\_\_, zu (act. II 37.1 - 37.5, 40 f. 46, 48). Am 29. April 2015 fand eine Untersuchung durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IVB statt, wobei im entsprechenden Untersuchungsbericht vom 12. Mai 2015 (act. II 57) als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten wurde, die Versicherte leide unter einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode als Reaktion auf eine schwierige psychosoziale Situation. Zudem bestünden unklare orthopädische Beschwerden, welche derzeit zur Abklärung anstünden.

Daraufhin stellte die IVB mit Vorbescheid vom 9. Juni 2015 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (act. II 59) und verfügte am 24. August 2015 entsprechend (act. II 62).

**C.**

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch das Sozialamt der Stadt B.\_\_\_\_\_, handelnd durch Fürsprecherin C.\_\_\_\_\_, am 17. September 2015 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei das Invalidenversicherungsverfahren bis zum Abschluss der stationären Behandlung zu sistieren, eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Gleichzeitig stellt die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und reicht medizinische Unterlagen (unter anderem ein zuhanden der D.\_\_\_\_\_ von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstelltes psychiatrisches Gutachten vom 13. Juli 2015 [Akten der Beschwerdeführerin {act. I} 2]) ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde inklusive Sistierungsgesuch.

Mit Replik vom 16. November 2015 hält die Beschwerdeführerin an den gestellten Anträgen fest und stellt einen Bericht über den am 12. November 2015 begonnenen stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_\_ in Aussicht.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. November 2015 heisst der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut und stellt die Fortsetzung des Schriftenwechsels nach Eingang des Berichts der psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_\_ in Aussicht. Der entsprechende Bericht vom 18. Januar 2016 (Akten der Beschwerdeführerin [act. Ia] 15) ging am 29. Januar 2016 beim Gericht ein.

Mit Duplik vom 29. Februar 2016 hält die Beschwerdegegnerin an den gestellten Anträgen fest.

## **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 24. August 2015 (act. II 62). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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** 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).

**2.3** 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 (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).

**2.4** 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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 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).

**2.5** Nach der Rechtsprechung ist bei psychiatrischen Begutachtungen eine Übersetzungshilfe beizuziehen, sofern sprachliche Schwierigkeiten bestehen und das Untersuchungsgespräch nicht in der Muttersprache des Exploranden geführt werden kann. Der Beizug zur Übersetzung setzt vertiefte Sprachkenntnisse, nicht aber ein (Dolmetscher-) Diplom voraus. Bedeutsam sind nicht nur die Sprachkompetenzen sowie die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der übersetzenden Person; auch Kenntnisse über kulturspezifische Besonderheiten, etwa des Krankheitsverständnisses, spielen eine Rolle. Deren Bewertung bleibt freilich in der ausschliesslichen Verantwortung des Gutachters (BGE 140 V 260 E. 3.2.1 S. 261).

**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.**

Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1** Im Untersuchungsbericht des RAD-Psychiaters Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2015 (act. II 57) wurden die folgenden Diagnosen (mit/ohne) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) aufgeführt (act. II 57/4):

- Leichte bis mittelgradige depressive Episode als Reaktion auf eine schwierige psychosoziale Situation
- Unklare orthopädische Beschwerden, die derzeit zur Abklärung anstehen

Dr. med. E.\_\_\_\_\_ gab an (act. II 57/3), das Gespräch mit der Versicherten sei schwierig. Sie scheine zwar alles zu verstehen, spreche aber ein sehr undeutliches, verwaschenes Deutsch, manche Sachverhalte müssten vier bis fünf Mal neu aufgegriffen werden, bis einigermaßen Klarheit bestehe. Mitbedingt zu sein scheine das auch dadurch, dass die Versicherte versuche, möglichst viel in möglichst wenig Zeit zu sagen. Der RAD-Arzt hielt weiter fest (act. II 57/4), aktuell sei bei der Versicherten nicht von einem stabilen Gesundheitsschaden auszugehen, es bestehe ein reaktiv depressives Zustandsbild, ausgelöst durch den Verlust ihres ..., den sie auf den Einfluss ihrer Vermieterin zurückführe und hinsichtlich dessen sie sehr viel grüble. Wohl nicht zuletzt aufgrund kultureller Probleme und Sprachschwierigkeiten habe sie Probleme mit dem Finanzamt und der Abwicklung der Buchführung, auch hinsichtlich Unterhalt für die Kinder scheine es Probleme zu geben. Diesbezüglich laufe demnächst eine Hilfe über die KESB an. Diese ganzen psychosozialen Themen trügen dazu bei, das Krankheitsbild aufrechtzuerhalten. Auf psychiatrischem Gebiet liege kein IV-relevanter langanhaltender Gesundheitsschaden vor. Hinzu kämen auch noch abklärungsbedürftige orthopädische und neurologische Symptome. Unklar sei noch, in welcher Weise die Schwindelsymptomatik weiter abgeklärt werde. Sobald die psychosoziale Situation geklärt und die beschriebenen Krankheitsbilder zufriedenstellend behandelt seien, sei von einer relativ raschen Wiedergewinnung einer vollen Leistungsfähigkeit auszugehen.

**3.2** Der behandelnde Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Bericht vom 8. Juli 2015 (act. I 4) fest, er habe die Versicherte bereits vor etwa zwei bis drei Jahren wegen Depressionen behandelt, als sie damals an ihrem Arbeitsplatz (in einer ...) gemobbt worden sei. Bereits damals habe sie über vorbestehende körperliche Schmerzen und Beschwerden geklagt. Die Versicherte sei zu

regelmässigen Gesprächsterminen gekommen und habe Antidepressiva eingenommen; nach einigen Monaten sei es ihr dann wieder deutlich besser gegangen. Aktuell behandle er die Versicherte seit November 2014. Sie habe sich gemeldet, weil es ihr sowohl psychisch als auch körperlich sehr schlecht gegangen sei, worauf er sie bis auf Weiteres zu 100 % arbeits- und erwerbsunfähig geschrieben habe. Aufgrund der momentan sehr schlechten psychischen Verfassung (unter anderem habe sie latent auftretende Suizidideen geäussert) gehe er von einer weiterhin länger bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus, welche voraussichtlich mehrere Monate andauern werde. Die Versicherte sollte sich baldmöglichst in einer spezialisierten psychiatrischen Klinik stationär behandelnd lassen, damit die geäusserten Beschwerden / Symptome nicht chronisch würden.

**3.3** Die behandelnden Ärzte des Spitals I. \_\_\_\_\_ gaben im Bericht vom 9. Juli 2015 (act. I 3) als (Haupt-)Diagnosen ein chronisches zerviko- und thorakovertebrales Schmerzsyndrom und Osteoporose, Diagnose 05/2015, an. Sie hielten fest, die rein bewegungs- und belastungsabhängigen thorakalen Rückenschmerzen seien am ehesten tendomyofaszial bedingt und durch eine muskuläre Überlastung verursacht. Differentialdiagnostisch sei eine costovertebrale Dysfunktion in gewissen Segmenten möglich. Sofern keine weitere Sinterung des BWK 5 eingetreten sei, erkläre die leichtgradige (MR-tomographisch nachgewiesene) Deckplattenimpresionsfraktur des BWK 5 die Beschwerden nicht. Ebenso scheine es, dass die HWS-Beschwerden in erster Linie durch muskuläre Verspannung und ligamentäre Überlastung bedingt seien. Signifikante degenerative Veränderungen seien MR-tomographisch nicht gefunden worden. Die Beschwerden hätten sich unter Physiotherapie bisher deutlich gebessert, es bestehe jedoch weiterhin eine eingeschränkte Rotation und Seitneigung nach rechts mit entsprechenden Beschwerden.

**3.4** Im von der Krankentaggeldversicherung der Versicherten, der D. \_\_\_\_\_, in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 13. Juli 2015 (act. I 2) wurden die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. I 2 S. 11 f.):

1. Mittlere bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2)
2. (abklärungsbedürftige) von der Versicherten bejahte Suizidalität

Die Gutachterin hielt zu den subjektiven Angaben der Versicherten einleitend fest (act. I 2 S. 2), die Anamnese zeige sich zur heutigen Begutachtung wegen der sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten deutlich erschwert. Die Versicherte spreche nur mässig gut Deutsch, der Akzent sei stark ausgeprägt, die Versicherte sei nur sehr mühsam zu verstehen. Hinzu komme, dass die Versicherte im Laufe der Begutachtung fast nur noch ununterbrochen geweint habe, eine Gesprächsführung aufgrund des psychischen Ausnahmezustandes sei fast nicht möglich gewesen. Nicht auszuschliessen sei weiterhin eine limitierte Auffassungsfähigkeit, Letzteres sei allerdings aufgrund der sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten nicht abschliessend beurteilbar. Zur Mitte/Ende des Gespräches sei die Versicherte zusammengebrochen und habe von der Praxisassistentin in den Ruheraum gelegt werden müssen (act. I 2 S. 8 und 12). Dr. med. F. \_\_\_\_\_ gab weiter an (act. I 2 S. 9 f.), zum Explorationszeitpunkt habe die Versicherte eine Symptomatologie geäussert, welche zusammengefasst als mittlere bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.1/2) vor dem Hintergrund einer Anpassungsstörung/einer massiven Überforderungssituation interpretiert werden könne. Wesentlich zu nennen sei auch die von der Versicherten anlässlich der Begutachtung angegebene aktuell vorhandene Suizidalität. Aufgrund der aktuell bejahten Selbstmordgedanken und des massiven Leidensdrucks sei eine stationäre Hospitalisation indiziert und liege im eigenen Gesundheitsinteresse der Versicherten, um einen weiteren, protrahierten Krankheitsverlauf, eine Verschlimmerung der Symptomatik und gegebenenfalls die Möglichkeit eines Suizides zu verhindern. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit liege bei der Versicherten derzeit respektive für die Zeit der stationären Abklärung der Suizidalität und der nachfolgenden Behandlung somit nicht vor. Bereits im Vorfeld seien durch Dr. med. J. \_\_\_\_\_ und Dr. med. H. \_\_\_\_\_, beides Psychiater, eine Depression und weitere psychische Probleme benannt worden. Es sei nicht von der Hand zu weisen, dass hier massgeblich als auslösender Faktor krankheitsfremde Gründe, wie die berufliche und die finanzielle Situation zum Tragen kämen. Scheinbar sei die Versicherte (noch) zu Anfang ihrer persönlichen Misere stabil erschienen, habe sich bei Ämtern gemeldet und habe versucht, Auswege zu finden. Heute präsentiere sich ein desolates Bild, in welchem die Versicherte nicht mehr in der Lage sei, sich zu fassen. Auch dies dürfe nicht von der Hand gewiesen und/oder gar als krankheitsfremde

Situation abgewiesen werden. Krankheitsfremde Faktoren seien bei der Beurteilung strikt ausser Acht gelassen und nicht berücksichtigt worden (act. I 2 S. 12). Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf als ... sei aktuell 0 %. Die Versicherte müsse aufgrund der oben attestierten Diagnose in allen möglichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig angesehen werden. Nach Ausreichender Rekonvaleszenz sei die berufliche Tätigkeit auf dem freien Markt nicht eingeschränkt (act. I 2 S. 13).

**3.5** Im Austrittsbericht der Privatklinik G. \_\_\_\_\_ vom 18. Januar 2016 (act. Ia 15) im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt der Versicherten vom 12. November 2015 bis 14. Januar 2016 diagnostizierten die behandelnden Ärzte eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1). Sie attestierten der Versicherten vom 12. November 2015 bis 20. Januar 2016 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit und gaben an, eine intensive ambulante Betreuung sei dringend indiziert. Darum trete die Versicherte am 20. Januar 2016 in die Tagesklinik K. \_\_\_\_\_ ein, um eine weitere Stabilisierung ihres Zustandes zu erfahren. Die Versicherte habe am 14. Januar 2016 in stabilisiertem Zustand von Eigen- sowie Fremdgefährdung deutlich distanziert entlassen werden können.

#### **4.**

**4.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 12. Dezember 2014 (act. II 34) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage hier nicht geprüft zu werden braucht (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Hingegen ist zu prüfen, ob seit der ersten Leistungsverweigerung mit Verfügung vom 13. Dezember 2011 (act. II 33) bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. August 2015 (act. II 62) eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHl 1999 S. 84 E. 1b).

**4.2** Umstritten ist diesbezüglich vorab der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Diese macht geltend, es handle sich vorliegend nicht nur um eine psychosoziale Belastungssituation oder einen

depressiven Verstimmungszustand, sondern um eine schwere Depression. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin handle es sich um einen langanhaltenden Gesundheitsschaden (Beschwerde S. 3). Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Auffassung, es liege hier eine Reaktion auf eine schwierige psychosoziale Situation vor bzw. als zusätzlicher bzw. als initial auslösender Faktor bestünden erhebliche sozio-konstellative Belastungen. Zudem sei prognostisch mit einer raschen Besserung der vorliegenden Symptomatologie zu rechnen (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 9).

**4.3** Zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin liegen zwei sich erheblich widersprechende psychiatrische Beurteilungen vor: Der Bericht des RAD-Psychiaters Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2015 (act. II 57/4) geht von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bzw. einer relativ raschen Wiedergewinnung einer vollen Leistungsfähigkeit nach Klärung der psychosozialen Situation und Behandlung der somatischen Beschwerden aus.

Demgegenüber ging die von der Krankentaggeldversicherung beauftragte Gutachterin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ für den Zeitpunkt der Begutachtung am 10. Juli 2015 (act. I 2 S. 1) von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeder Hinsicht aus (act. I 2 S. 13), auch wenn sie anerkannte, dass die Erkrankung durch eine massive (psychosoziale) Überlastungssituation ausgelöst worden war. Inzwischen liege eine derartige Erkrankung vor, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr in der Lage sei, sich aufzufangen (act. I 2 S. 10).

Eine Übereinstimmung der beiden Beurteilungen ist lediglich in dem Punkt gegeben, dass – in beiden Fällen – erhebliche Verständigungsprobleme die Exploration erschwert haben (act. II 57/3; act. I 2 S. 2). Auch der behandelnde Psychiater Dr. med. H. \_\_\_\_\_ erwähnte gewisse bei der Beschwerdeführerin bestehende Verständigungsprobleme (act. II 48/3).

Da nach der Rechtsprechung bei psychiatrischen Begutachtungen eine Übersetzungshilfe beizuziehen ist, sofern sprachliche Schwierigkeiten bestehen und das Untersuchungsgespräch nicht in der Muttersprache des Exploranden geführt werden kann (vgl. E. 2.5 hiervor), ist der Beweiswert

sowohl des RAD-Untersuchungsberichtes vom 12. Mai 2015 (act. II 57) als auch des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 13. Juli 2015 (act. I 2) dermassen herabgesetzt, dass weder auf den einen noch auf den anderen Bericht abgestellt werden kann.

Damit kann nicht beurteilt werden, ob die zweifellos vorhandene psychische Einschränkung auf eine IV-relevante Erkrankung zurückzuführen ist oder nicht. Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht gilt es zu klären, ob es sich bei der depressiven Problematik um ein eigenständiges oder ein einzig durch die psychosozialen Belastungsfaktoren bedingtes psychisches Leiden handelt. Dabei gilt, je stärker 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 (vgl. E. 2.3 hier vor). Zur Beantwortung dieser Frage bedarf es einer Begutachtung ohne Verständigungsprobleme. Folglich ist Beschwerde ohne weiteres gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Veranlassung einer psychiatrischen Begutachtung mit Übersetzung. Dabei wird die Beschwerdegegnerin ebenfalls zu prüfen haben, ob auch die somatische Seite einer näheren Abklärung bedarf (vgl. Bericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2015 [act. I 3]).

**4.4** Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 24. August 2015 gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

## **5.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

**5.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Die durch eine Organisation der öffentlichen Sozialhilfe vertretene versicherte Person hat trotz Obsiegens keinen Anspruch auf Parteientschädigung (BGE 126 V 11 E. 1 - 5 S. 11). Die vorliegend durch Fürsprecherin C. \_\_\_\_\_ vom Rechtsdienst des Sozialamtes der Stadt B. \_\_\_\_\_ vertretene Beschwerdeführerin hat demnach keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

**5.3** Mit Blick auf die Gutheissung der Beschwerde ist das Verfahren betreffend das mit prozessleitender Verfügung vom 17. November 2015 gutgeheissene Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

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

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 24. August 2015 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird als erledigt vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):

- Stadt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**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.