

200 17 579 IV
KOJ/ABE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Februar 2018

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Mai 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1993 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) reichte – nachdem die Invalidenversicherung (IV) einen Antrag auf Sonderschulmassnahmen im Jahr 2004 abgelehnt hatte – im Mai 2012 erstmals ein Leistungsgesuch für Erwachsene ein; dabei verwies sie unter anderem auf einen globalen Entwicklungsrückstand, eine niedrige Intelligenz und ein „abgekapseltes Sozialverhalten“ (Antwortbeilage [AB] 2, 9, 12). Daraufhin nahm die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und veranlasste bei der Stiftung C._____ eine vierwöchige Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung (AMA; AB 33). Alsdann wies sie das Leistungsbegehren mangels eines invalidisierenden Leidens mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 12. März 2013 (AB 53) ab.

B.

Am 30. Dezember 2015 wurde die Versicherte durch die psychiatrischen Dienste D._____ zur Früherfassung gemeldet (AB 56), worauf die IVB aktuelle Berichte behandelnder Ärzte einholte (AB 57 ff.) und nach Konsultation ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 70 ff.) eine psychiatrische Untersuchung anordnete (AB 73). Gestützt auf das entsprechende Gutachten vom 10. Februar 2017 (AB 81.1) verfügte die IVB – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 82 ff.) – am 16. Mai 2017 erneut aufgrund fehlender Invalidität die Abweisung des Leistungsgesuchs (AB 91).

C.

Gegen die Verfügung vom 16. Mai 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch B._____, am 16. Juni 2017 Beschwerde mit folgenden Anträgen:

1. Die IV-Verfügung vom 16.05.2017 sei aufzuheben.

2. Die Arbeitsfähigkeit sei weiter medizinisch und praktisch abzuklären.
3. Nach Vorliegen eines Belastbarkeitsprofils sei die berufliche Reintegration mit der attestierten Restarbeitsfähigkeit durchzuführen, beispielsweise in Form eines IV-Aufbautrainings.
4. Der Rentenanspruch sei abzuklären.
5. Die Ergebnisse der Stellungnahme des zuletzt behandelnden Psychiaters Dr. E._____, (...), der neuropsychologischen Untersuchung im Spital F._____ 2003 und weiterer medizinischer/therapeutischer Berichte sowie Integrations-Massnahmen finden Berücksichtigung in einem späteren IV-Entscheid.
6. Gewährung von unentgeltlicher Prozessführung.

Zur Begründung wird geltend gemacht, der Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt. Trotz zahlreicher Integrationsmassnahmen sei es der Beschwerdeführerin nicht gelungen, im ersten Arbeitsmarkt Fuss zu fassen; sie sei aufgrund eines psychischen Gesundheitsschadens invalid. In Aussicht gestellte Unterlagen liess die Beschwerdeführerin am 17. Juli 2017 nachreichen (Beschwerdebeilage [BB] 8 ff.).

Mit Beschwerdeantwort vom 30. Oktober 2017 beantragt die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 1. November 2017 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten gut.

Mit Replik vom 23. November 2017 und Duplik vom 5. Dezember 2017 hielten die Parteien an ihren bisherigen Anträgen und Ausführungen 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 vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 16. Mai 2017 (AB 91). Streitig und zu prüfen ist der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin und dabei namentlich die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

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 Behand-

lung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 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.

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

2.4 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch

tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112).

3.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten, womit die Eintretensfrage gerichtlich nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob eine für den Leistungsanspruch potentiell relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, wobei der Sachverhalt im Zeitpunkt der anspruchsverneinenden Verfügung vom 12. März 2013 (AB 53) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. Mai 2017 (AB 91) zu vergleichen ist (E. 2.4 hiavor).

3.1 Die Verfügung vom 12. März 2013 (AB 53) basierte in medizinischer Hinsicht auf folgenden Einschätzungen:

3.1.1 Im neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 12. September 2012 (AB 38) hielt Dr. phil. G. _____, Fachpsychologe für Neuropsychologie, RAD, fest was folgt:

- Leichte kognitive Minderfunktionen ohne Krankheitswert mit
 - partiellen exekutiven Minderfunktionen

- reduzierten mental-räumlichen und konstruktiven Funktionen
- diskret reduzierter sensorischer Simultankapazität

Die verbalen Gedächtnisleistungen hätten sich anlässlich der Testung als ausgesprochen solide erwiesen; im freien Spätabruf sei die obere Normgrenze sogar überschritten worden. Im Spektrum der Exekutivfunktionen fänden sich leichte Schwächen (z.B. im visuellen Arbeitsgedächtnis und in der Handlungsplanung). Die nonverbale Grundintelligenz liege mit einem approximativen IQ von 89 innerhalb des Normbereiches bzw. im Übergangsbereich von Kleinklasse zu Realschule. Die räumlich-mentalen Funktionen seien vergleichsweise schwächer und lägen leicht unter der Normgrenze. Lesen und Schreiben sei unbeeinträchtigt, d.h. auf gutem Niveau funktionell nutzbar. Zwar seien die Rechenkompetenzen vergleichsweise schwächer, entsprächen aber immer noch einem guten Kleinklassenniveau, d.h. die Mehrheit der Kleinklassenabsolventen sei im Rechnen schwächer als die Explorandin. Die Diagnose einer Dyskalkulie finde keine Bestätigung. Damit diese Diagnose gestellt werden könne, müssten die Rechenkompetenzen markant unter der allgemeinen Intelligenz bzw. der Grundintelligenz liegen, was hier nicht der Fall sei.

3.1.2 Im Untersuchungsbericht vom 26. September 2012 (AB 44) verneinte med. pract. H. _____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, das Vorliegen psychiatrischer Diagnosen nach ICD-10. Neuropsychologisch beständen leichte kognitive Minderfunktionen mit partiellen exekutiven Minderfunktionen. Bei einem angepassten Ausbildungsgang seien diese jedoch ohne Krankheitswert. Die 2003 gestellte Diagnose der Dyskalkulie finde bei der aktuellen Untersuchung keine Bestätigung. Die Explorandin bewege sich schulisch auf solidem Kleinklassenniveau. Ein IQ von 89 nonverbal liege im Normbereich. Möglicherweise sei aufgrund der Kleinklassen- und der anthroposophischen Steinerschulbildung sowie Dekonditionierung eine gewisse Vulnerabilität entstanden, welche die Aufnahme einer Attestlehre erschwert habe. Wegen unrealistischer Ausbildungsziele sei es zu einer erhöhten Frustration in nicht angepassten Ausbildungsbereichen gekommen. Die Explorandin zeige in ihren Stärken (kreatives Arbeiten) keinerlei Leistungseinbussen. Auch handwerklich zeige sie sich geschickt. Zur Veränderung der dysfunktionalen Strate-

gien sei eine begleitende Psychotherapie angezeigt. Eine psychische Erkrankung nach ICD-10 sei jedoch nicht vorhanden.

3.1.3 Dr. med. I. _____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, RAD, fasste am 8. November 2012 zusammen (AB 46), die Versicherte sei hinsichtlich ihrer kognitiven Fähigkeiten mit denselben Einschränkungen der Ausbildungs- und Eingliederungsfähigkeit konfrontiert, wie dies jeder Kleinklassenabsolvent sei. Aus medizinischer Sicht seien die Voraussetzungen für die Übernahme einer erstmaligen beruflichen Ausbildung (EBA) nicht erfüllt.

3.2 Für den massgebenden Vergleichszeitpunkt vom 16. Mai 2017 (AB 91) lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.2.1 Im Bericht der psychiatrischen Dienste D. _____ vom 5. Februar 2016 (AB 63) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt:

- Angststörung (ICD-10 F41.9) höchstwahrscheinlich seit mehreren Jahren
- Panikattacken seit ca. Juni 2015
- DD Beginnende Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F.20)
- DD Hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2)
- Unterdurchschnittliche niedrige Intelligenz im Bereich einer Lernbehinderung, seit 2011 diagnostiziert
- Schwere Dyskalkulie seit 2003
- Verdacht auf Autismus-Spektrumsstörung (ICD-10 F84)

Die Patientin äussere ausgeprägte Ängste um ihre Gesundheit und Zukunft sowie vor dem Alleinsein. Es sei fraglich, ob sie wahnhaft oder hypochondrisch sei. Klare Hinweise auf Wahn beständen nicht; gelegentlich höre sie imperative Stimmen und es manifestiere sich ein Depersonalisationserleben. Im Affekt sei sie niedergeschlagen, ängstlich, innerlich unruhig und habe Insuffizienzgefühle. Derzeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit.

3.2.2 Im Bericht der Klinik J. _____ vom 27. Mai 2016 (AB 69) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt:

- Lernschwäche (aktenanamnestisch)
- Dyskalkulie (aktenanamnestisch)

- Gemischte Angststörung (ICD-10 F41.3)
- Multiple somatische Symptome
- Derealisations- und Depersonalisationserleben (ggf. im Rahmen der Angststörung)

Die Angstsymptomatik schein stark von äusseren Faktoren abhängig, insbesondere im Arbeitskontext. Es sei von einer langfristigen reduzierten Belastbarkeit und Frustrationstoleranz auszugehen. Bis auf Weiteres bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ab sofort denkbar (halbtags mit einem Belastungsprofil von 20-50%). Die tatsächliche Leistungsfähigkeit sei abzuklären.

3.2.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. K._____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Stellungnahme vom 28. Juni 2016 (AB 71) aus, die funktionellen Einschränkungen beständen u.a. in einer reduzierten psychophysischen Belastbarkeit und in einer eingeschränkten Stress- und Frustrationstoleranz. Gegenüber dem Jahr 2012 sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen: während früher von einem Fehlen einer langandauernden psychiatrischen Erkrankung ausgegangen worden sei, liege nun eine wechselnd nuancierte Angststörung, d.h. eine nicht näher bezeichnete Angststörung, vor.

3.2.4 Im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 10. Februar 2017 (AB 81.1) führte Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Wesentlichen Folgendes aus:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Keine

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Dyskalkulie als Teilleistungsstörung in der Kindheit diagnostiziert
- Fragliche Angststörung mit Panikattacken nicht näher bezeichnet (ICD-10 F41.9)
- beziehungsweise gemischte Angststörung (ICD-10 F41.3), aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig
- differentialdiagnostisch Beginn der Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F20)

- differentialdiagnostisch hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2)
- differentialdiagnostisch Autismus-Spektrum-Störung (ICD-10 F84)
- differentialdiagnostisch womöglich keine eigenständige primär psychische Störung bei schizotypen Persönlichkeitseigenschaften und krankheitsfremden Faktoren

In Bezug auf die in den Vorakten angegebene „niedrige Intelligenz“ müsse aus gutachterlicher Sicht angemerkt werden, dass jene nicht vorbeschrieben, sondern vielmehr als Teilleistungsstörung beschrieben worden sei. Der globale Entwicklungsrückstand sei in der neuropädiatrischen Einschätzung eben gerade nicht aufrechterhalten worden. Betreffend den anhand des HAWIK (Intelligenztest für Kinder) ermittelten Gesamt-IQ von 73 müsse ausserdem gesagt werden, dass ein IQ von 70 und darüber noch keine Intelligenzminderung darstelle; erst bei Werten im Bereich von 50 bis 69 werde von einer leichten Intelligenzminderung (ICD-10 F70) gesprochen, wobei von einer derartigen Störung vorliegend nicht die Rede sein könne (S. 17). Festzustellen sei ausserdem, dass die Explorandin – abgesehen von den sehr frühen Berichten einer Entwicklungsverzögerung und einer Dyskalkulie – ca. bis zum 22. Altersjahr keine Symptome einer psychiatrischen Erkrankung erlitten habe und auch keine Behandlungen stattgefunden hätten (S. 19). Wenn subjektiv Halluzinationen angegeben würden, sei jeweils kritisch zu überprüfen, ob tatsächlich inhaltliche Denkstörungen oder Wahrnehmungsstörungen vorlägen oder ob sich die betroffene Person erhoffe, dadurch als schwerer erkrankt angesehen zu werden. Anlässlich der aktuellen Untersuchung seien keinerlei Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen erhoben worden, obwohl die Explorandin entsprechende Angaben (optische und akustische Halluzinationen mit dialogischen Stimmen, durchsichtiges Netz vor den Augen, Sprachrohr, usw.) gemacht habe (S. 20). Aus der Gesamteinschätzung ergäben sich in der aktuellen Untersuchung keine Hinweise auf das Vorliegen einer Erkrankung aus dem Bereich der Schizophrenie. Und selbst die Diagnose einer Angststörung mit Panikattacken sei aus gutachterlicher Sicht kritisch zu hinterfragen. Es sei nicht nachvollziehbar belegt, dass die Versicherte Panikattacken erlitten habe, welche die Kriterien derartiger paroxysmaler Angst gemäss ICD-10 erfüllt hätten (S. 21). Zusammengefasst seien die Berichte aus der Kindheit für den aktuellen Zeitpunkt des Erwachsenenalters nicht mehr nachvoll-

ziehbar und die unterschiedlichen Symptome, die teilweise körperorientiert und teilweise wahnhaft anmutend beschrieben worden seien, seien nicht einer eigenständigen primär psychischen Störung zuordenbar. Vielmehr sei der Versicherten die Aufnahme einer normalen Tätigkeit zumutbar; allerdings würde sie dabei – wie bei der Abklärung in der Stiftung C._____ – sehr schnell Stress verspüren, auf eine besondere Behandlung ihrer Person hinweisen und den Weg einer beruflichen Tätigkeit nicht weiter verfolgen. Ob dies Ausdruck einer psychischen Störung sei, möge durch Behandler und Gutachter durchaus unterschiedlich eingeschätzt werden. Anlässlich der aktuellen Untersuchung könne keine eigenständige primär psychische Störung erkannt werden. Auch im Bereich der Autismus-Spektrum-Störung werde keine solche erkannt; es gebe keine entsprechenden Hinweise, sondern zu viele unterschiedliche, auf motivationale Faktoren hinweisende Beschwerdeschilderungen (S. 23). Versicherungspsychiatrisch bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (S. 27).

3.2.5 Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, legte im Bericht datierend vom 1. März 2017 (BB 8) dar, die Beschwerdeführerin sei vom 20. Oktober 2016 bis zum 18. Mai 2017 bei ihm in Behandlung gewesen. Dabei seien die psychotischen Elemente immer deutlicher geworden. Während der total 17 Sitzungen habe er nie den Eindruck gehabt, dass die Patientin ihre Beschwerden und insbesondere das psychotische Erleben vorspiele. Die anamnestisch und vom Zentrum N._____ beschriebenen relevanten kognitiven Einschränkungen im Sinne einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie könne er bestätigen.

3.2.6 Im Bericht des Zentrums N._____ vom 5. Mai 2017 (BB 9) wurde Folgendes dargelegt:

- Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0)
- Teils remittierte (leichte bis mittelschwere) rezidivierende depressive Episoden (ICD-10 F33.1)
- Panikattacken

Die von der Patientin geschilderten Halluzinationen (z.B. Einfluss von Energien, wahrnehmbare 5. Dimension, sich wie unter einer Käseglocke

fühlen) seien als bizarre, nihilistische und somatische Ideen in schwerer und psychotischer Ausprägung zu werten. Die Symptome erfüllten die Kriterien für eine aktuelle Psychose. Ferner seien die Beschreibungen, von negativen Energien beobachtet und verfolgt zu werden (Verschwörung, Geister) als wahnhaft-paranoide Ideen zu werten, welche die Kriterien einer Psychose ebenfalls erfüllten (S. 4). Die schliesslich geschilderten Phänomene (Druck fremder Hände auf dem Gesicht, Stimmenhören, u.a.) seien als Wahrnehmungsveränderungen im Sinne akustischer und somatischer Halluzinationen in schwerer psychotischer Ausprägung zu qualifizieren (S. 5). Es beständen Hinweise auf wiederkehrende mittelschwere depressive Episoden sowie für bis zu 7 Panikattacken (2015/2016) mit unerwartet auftretender grosser Angst, die von Herzrasen, Schwitzen, Hyperventilation, Schwächegefühl, Kribbeln an den Armen, Gefühl von Kontrollverlust begleitet worden seien. Diese Attacken würden die Kriterien für eine Panikattacke aber nicht erfüllen (S. 6). Nach Durchführung der neurokognitiven Testbatterie könne festgestellt werden, dass die Patientin dennoch in vielen Bereichen durchschnittliche Resultate erbracht habe; Defizite hätten sich namentlich in der Verarbeitungsgeschwindigkeit gezeigt. Empfehlenswert seien unterstützende Massnahmen mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung, gegebenenfalls in einem geschützten Rahmen (S. 8).

3.2.7 Am 17. Oktober 2017 nahm der Gutachter Dr. med. L. _____ Stellung (in den Gerichtsakten) zu den neu ins Recht gelegten Berichten. Dr. med. M. _____ habe in seinem Bericht allein die im Gutachten wiedergegebenen subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zitiert, welche in der Interpretation aber eben gerade nicht als zutreffende Psychopathologika gewürdigt worden seien. Die Diagnosestellung des Zentrums N. _____ sei nicht nachvollziehbar: Entweder bestehe eine affektive Störung oder eine schizophrene Psychose mit womöglich affektiven Anteilen. Grundsätzlich könne aber nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von „Richtigkeit oder Falschheit“ einer medizinischen Einschätzung gesprochen werden. Die diagnostische Zuordnung sei nach wie vor unklar, wobei die krankheitsfremden Faktoren überwiegen. Das Ausüben einer beruflichen Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin zumutbar; es ergäben sich keine neuen Aspekte.

3.3 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.4 Gestützt auf die nach der Neuanschuldung eingegangenen Unterlagen hat die RAD-Psychiaterin Dr. med. K. _____ am 28. Juni 2016 festgestellt, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen sei, indem neu eine nicht näher bezeichnete (und betreffend Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit noch ungeklärte) Angststörung vorliege (AB 71/7). Ungeachtet der diagnostischen Unklarheiten (dazu vgl. E. 3.6 hiernach) ist eine gesundheitliche Verschlechterung und damit ein Revisionsgrund erstellt. Folglich ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin umfassend zu prüfen (vgl. E. 2.4 hiervor).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. Mai 2017 (AB 91) hauptsächlich auf das psychiatrische Gutachten vom 10. Februar 2017 (AB 81.1) abgestellt. Dieses ist umfassend, beruht auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen und eigenen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in

Kenntnis der Vorakten erstellt. Die Expertise ist in der Darlegung der Befunde, der Diagnosen und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit widerspruchsfrei und nachvollziehbar begründet (vgl. auch AB 90); sie erfüllt die höchstrichterlichen Anforderungen an Gutachten und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Die in der Beschwerde geäußerte Kritik am Gutachten verfängt – wie nachfolgend aufgezeigt wird – nicht.

3.5.1 Soweit in der Beschwerde (S. 2 f.) vorab und sinngemäss geltend gemacht wird, die Schlussfolgerungen des Gutachters Dr. med. L._____ ständen im Widerspruch zu den übrigen Beurteilungen des Gesundheitszustands und namentlich zu Arbeitsfähigkeitseinschätzungen anderer Ärzte, vermag dies die Beweiskraft der Expertise nicht zu entkräften. Abgesehen davon, dass das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353), ist auf die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten Experten andererseits hinzuweisen (dazu vgl. auch AB 81.1/23). Diese lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Da Letztere hier keine wichtigen Aspekte benannt haben, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, führt die Divergenz in den Beurteilungen nicht zur Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.5.2 Wenn ferner geltend gemacht wird, die Beschwerdegegnerin habe den im Anhörungsverfahren in Aussicht gestellten Arztbericht (vgl. AB 87/2) vor Erlass der Verfügung nicht abgewartet (Beschwerde, S. 3), ändert dies nichts. Denn zum einen kam die RAD-Psychiaterin nach einlässlicher Auseinandersetzung mit den Einwänden zum Schluss, es könne ohne weiteres auf die schlüssigen und fundierten Einschätzungen des Gutachters abgestellt werden (AB 90/3). Und zum anderen legt die Beschwerdeführerin nicht dar, inwiefern der entsprechende Bericht die Schlussfolgerungen der

Administrativexpertise relativiert hätte. Abgesehen davon liegt die fragliche Stellungnahme von Dr. med. M._____ nunmehr vor; seiner im Nachgang zur Beschwerde eingereichten Einschätzung vom 1. März 2017 (BB 8) kann indessen nichts entnommen werden, das die Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens in Zweifel zöge. Vielmehr hat Dr. med. L._____ korrekt darauf hingewiesen, dass dessen Ausführungen aus gutachterlicher Sicht, d.h. insbesondere mit Blick auf ein (notwendiges) kritisches Hinterfragen der Diagnosen sowie der Auswirkungen motivationaler Faktoren, nicht überzeugend seien. So habe Dr. med. M._____ die im Gutachten zitierten Angaben der Explorandin wiedergegeben, obwohl diese dort eben gerade nicht als zutreffende Psychopathologika interpretiert seien (Bericht vom 17. Oktober 2017 [in den Gerichtsakten]).

3.5.3 Was schliesslich das gerügte Unterlassen des Einholens eines Berichts der Stiftung X._____ anbelangt (Beschwerde, S. 3), ist festzustellen, dass die Verwaltung nicht gehalten ist, bei sämtlichen involvierten Stellen Abklärungen zu treffen. Im Rahmen des Anspruchs auf rechtliches Gehör sind nur über jene Tatsachen Beweise abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind, wobei auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden kann, wenn die Behörde den Sachverhalt gestützt auf ihre eigene Sachkenntnis bzw. Abklärungen selber zu würdigen vermag (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Ausserdem obliegt die Beurteilung des Gesundheitszustandes resp. die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit einer versicherten Person in erster Linie ärztlichen Fachpersonen (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 S. 99). Damit ist eine anderslautende Auffassung der Eingliederungsfachperson für sich allein nicht geeignet, fachärztliche Erkenntnisse umzustossen, zumal sich im Schlussbericht der Stiftung X._____ zuhanden des Sozialdienstes (als Auftraggeber) auch Anzeichen für eine Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin ergaben (BB 10).

3.6 Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht auf das psychiatrische Gutachten vom 10. Februar 2017 (AB 81.1) abgestellt. Dieses überzeugt ohne weiteres. Dr. med. L._____ hat sich mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinander gesetzt und einlässlich begründet, weshalb seiner Auffassung nach ein psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diskutiert werden kann, jedoch die von

den behandelnden Ärzten aufgrund sehr unterschiedlicher Symptome vorgenommenen diagnostischen Zuordnungen nicht einer eigenständigen primär psychischen Störung zuordenbar sind, womit die von ihnen gestellten Diagnosen nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt sind. Dies zeigt sich u.a. auch darin, dass unter den behandelnden Ärzten keine Einigkeit in diagnostischer Hinsicht besteht (vgl. AB 63/2, 69/2, BB 9 f.). Auch wies der Gutachter zu Recht darauf hin, dass im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren – im Gegensatz zum therapeutischen Ansatz – nicht unbesehen auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt werden kann. Dies betrifft namentlich Angaben von Halluzinationen (vgl. AB 81.1/20), aber auch Angaben betreffend die Konzentrationsfähigkeit (20 Minuten [AB 59/2] bzw. 3 Stunden [AB 81.1/14]). In Übereinstimmung zur Stiftung X._____ (vgl. BB 10; vgl. E. 3.5.3 hiervor) wies der Gutachter denn auch auf motivationelle Faktoren hin, welche die Beschwerdeführerin einschränkten (AB 81.1/23). Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden ist jedoch zu verneinen.

Der Facharzt Dr. med. L._____ hat aus versicherungsmedizinischer Sicht einlässlich, nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass und weshalb die (Verdachts-)Diagnose einer Schizophrenie nicht zu bestätigen ist: Insbesondere seien anlässlich der Untersuchung keinerlei Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen auszumachen gewesen, obwohl die Explorandin entsprechende Angaben (z.B. optische und akustische Halluzinationen) gemacht habe (AB 81.1/20). Die teilweise wahnhaft anmutend beschriebenen, sehr unterschiedlichen Symptome konnte der Gutachter keiner eigenständigen psychischen Störung zuordnen (AB 81.1/23). Damit in Einklang zu bringen ist die Einschätzung der Ärzte der Klinik J._____, welche die Derealisations- und Depersonalisationserleben im Rahmen der Angststörung sahen (AB 69/2) bzw. die Einschätzung der Ärzte der psychiatrischen Dienste D._____, welche es als fraglich erachteten, ob die Beschwerdeführerin wahnhaft oder hypochondrisch sei resp. klare Hinweise auf Wahn verneinten (AB 63/3). Ausserdem wurden weder objektive psychopathologische Befunde erhoben noch war offenbar eine antipsychotische bzw. neuroleptische Medikation notwendig. Damit sind die angegebenen Wahrnehmungen als Pseudohalluzinationen zu interpretieren, d.h. nicht als Ausdruck einer psychotischen Störung zu bewerten.

Ebenso überzeugt, dass der Gutachter die in den Vorakten erwähnte Diagnose einer leichten Intelligenzminderung nicht bestätigt hat. Gemäss dem internationalen Klassifikationssystem ICD-10 werden die Intelligenzminderungen in leichte (IQ 50 bis 69), mittelgradige (IQ 35 bis 49), schwere (IQ 20 bis 34) und schwerste (IQ unter 20) Fälle eingeteilt. Im vorliegenden Fall besteht mit einem IQ von 89 (AB 38/4; BB 9) bzw. von 73 (AB 22, 24, 81.1/17) somit keine (leichte) Intelligenzminderung im Sinne der ICD-10 (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 6. November 2009, 9C_664/2009, E. 3, und vom 24. September 2014, 8C_108/2014, E. 2.2; vgl. bereits AB 25/2).

3.7 Der Sachverhalt ist rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweissmassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden. Namentlich ist – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 3) – nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einer weiteren neuropsychologischen Abklärung abgesehen hat. Rechtsprechungsgemäss sind neuropsychologische Untersuchungsergebnisse stets im Kontext der übrigen (interdisziplinären) medizinischen Abklärungsergebnisse zu würdigen und beweisrechtlich nur insoweit relevant, als sie sich in das Gesamtergebnis der medizinischen Sachverhaltsabklärung schlüssig einfügen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 7. Juni 2006, I 816/05, E. 3.2.2). Mit Blick auf die umfassende neuropsychologische Abklärung im Jahr 2012 (AB 38), die neuropsychologische Testung im Jahr 2017 (BB 9 [S. 7 f.]) und die unauffälligen neurokognitiven Funktionen anlässlich der Exploration (AB 81.1/14) bedarf es diesbezüglich keiner weiteren Abklärungen (AB 90).

Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, womit es von vornherein an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden fehlt. Die unlängst erfolgte Praxisänderung betreffend psychische Gesundheitsschäden (zur Publikation vorgesehenes Urteil des BGer vom 30. November 2017, 8C_130/2017) wirkt sich in der vorliegenden Konstellation nicht aus, denn angesichts der fehlenden Arbeitsunfähigkeit erübrigt sich eine sog. Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGer 8C_130/2017, E. 7.1 und 8.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff.).

Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mit Verfügung vom 16. Mai 2017 (AB 91) zu Recht verneint. Die dagegen 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.

Vorliegend werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 1. November 2017) wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen

Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. 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:

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.