

200 17 607 IV
SCP/JAP/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 25. August 2017

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Mai 2017



Sachverhalt:

A.

Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) beschied ein Leistungsgesuch der 1968 geborenen A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) mit formloser Mitteilung vom 15. Mai 2014 abschlägig (Akten der IVB, Antwortbeilagen [AB] 5, 17). Nach einer Neuanschuldung vom 17. November 2016 (AB 24) und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 67 f., 70) verneinte die IVB mit Verfügung vom 24. Mai 2017 (AB 75) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens erneut.

B.

Mit Eingabe vom 28. Juni 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 26. Juli 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 Verwaltungspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 24. Mai 2017 (AB 75). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere Eingliederungsmassnahmen (Beschwerde S. 9 Ziff. III Ziff. 13).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Er-

werbsmöglichkeit 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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.3 Nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungs-

rechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1).

2.4 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Eingliederungsmassnahmen bestehen laut Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe).

2.5 Wurde eine Rente oder eine andere Dauerleistung 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 (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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 materiellen Revision 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; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss gelangte, die Beschwerdeführerin habe keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Hinsichtlich eines allfälligen Rentenanspruchs, anderer Dauerleistungen oder beruflicher Eingliederungsmassnahmen gilt es zunächst zu prüfen, ob im Vergleich zur Sachlage, wie sie der integralen Leistungsablehnung im Jahr 2014 (AB 17) zugrunde lag, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. Mai 2017 (AB 75) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiervor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Leistungsanspruch in

rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

3.2 Für die Zeit bis zur formlosen Mitteilung vom 15. Mai 2014 (AB 17) lassen sich den Akten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Vor der ersten Anmeldung zum Leistungsbezug vom 4. Dezember 2013 (AB 5) hatte die Beschwerdeführerin im selben Jahr zwei stationäre Alkoholentzüge vom 13. bis 23. Mai 2013 bzw. vom 22. bis 29. Juli 2013 in der geschlossenen suchtspezifischen Station der C._____ (AB 43/18-25) sowie eine stationäre Behandlung vom 15. August bis 26. September 2013 in der Klinik D._____ hinter sich. Im Austrittsbericht der Klinik D._____ vom 18. November 2013 (AB 43/12-17) wurden eine gegenwärtig mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1), ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1) sowie eine Allergie auf Penicilin diagnostiziert. Bis zum 6. Oktober 2013 wurde eine vollständige und danach hausärztlich bis auf weiteres eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 43/17; vgl. auch AB 70/5-9).

3.2.2 Zuzufolge eines erneuten Rückfalls befand sich die Beschwerdeführerin vom 10. bis 13. Dezember 2013 abermals in der suchtspezifischen Station der C._____ (AB 43/8 f.). Danach hatte sie den Alkoholkonsum bis zur Leistungsablehnung vom 15. Mai 2014 (AB 17) mit medikamentöser Unterstützung (Antabus) einigermaßen unter Kontrolle und war beruflich wieder eingegliedert (AB 8/2, 43/36; IV-Protokoll [in den Gerichtsakten] S. 1, Eintrag vom 6. Mai 2014).

3.3 Der weitere Verlauf im Nachgang zur ersten Leistungsablehnung vom 15. Mai 2014 (AB 17) präsentierte sich nach der medizinischen Aktenlage hauptsächlich wie folgt:

3.3.1 Am 7. August 2014 konsultierte die Beschwerdeführerin wegen einer psychischen Dekompensation bzw. einem Alkoholtrinkrückfall notfallmässig das Spital E._____, wo nebst einer gegenwärtig mittelgradigen

depressiven Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1) ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Substanzgebrauch (ICD-10: F10.24), diagnostiziert, eine stationäre Behandlung empfohlen und vom 10. bis 13. August 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde (AB 43/36 f.).

3.3.2 Anlässlich der erneuten Hospitalisation in der Klinik D. _____ vom 10. September bis 13. Oktober 2014 wurden unveränderte Diagnosen (ICD-10: F33.1, F10.24) gestellt und während des Aufenthalts sowie bis zum 21. Oktober 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 43/30-35). In der Folge wurde die Beschwerdeführerin vom 20. Oktober bis 7. November 2014 (im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung [FU]) bzw. 8. bis 18. Dezember 2014 (regulär) in den psychiatrischen Dienste F. _____ stationär therapiert (AB 43/38, 59/2-6). Die Ärzte der psychiatrischen Dienste F. _____ erwähnten als neue Diagnose eine gemischte Persönlichkeitsstörung mit vor allem abhängigen histrionischen Anteilen (ICD-10: F61), äusserten sich jedoch nicht zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit.

3.3.3 Der Hausarzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vermerkte im Bericht vom 15. Dezember 2016 (AB 53/2-19) als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit fünf Jahren bestehende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1). Das Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.24) ordnete er dagegen den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Er bescheinigte eine seit 10. Oktober 2011 mit wenigen kurzen Unterbrüchen vollständige Arbeitsunfähigkeit und erachtete die bisherige Tätigkeit im zeitlichen Rahmen von 50 % mit einer nicht näher quantifizierten Leistungseinschränkung für zumutbar.

3.3.4 Seitens der Fachstelle ... erwähnte der behandelnde Psychologe lic. phil. H. _____ im Bericht vom 16. Januar 2017 (AB 61/2-7) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit 2013 bestehende, aktuell remittierte rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.4) bzw. ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein seit 2014 bestehendes Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F10.20). Er er-

achtete die Arbeitsfähigkeit grundsätzlich als gegeben, ein schrittweiser Einstieg sei indes zwingend.

3.3.5 In der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 20. Februar 2017 (AB 66) gelangte Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Schluss, dass eine eigenständige, mithin nicht im Kontext des Suchtmittelkonsums stehende affektive Störung (ICD-10: F33) nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht fehle mit der bislang einzigen nachvollziehbaren Diagnose einer ruhenden Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.20) ein Nachweis für einen anhaltenden Gesundheitsschaden.

Nachdem die Beschwerdeführerin im Rahmen ihres Einwandes (AB 68) gegen den Vorbescheid (AB 67) unter anderem ein verkehrsmedizinisches Obergutachten des J._____, vom 25. Juli 2016 (AB 70/10-17) sowie diverse Laborbefunde (AB 72/2-5) nachgereicht hatte, hielt Dr. med. I._____ am 11. Mai 2017 an seiner Beurteilung fest (AB 74).

3.3.6 Zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin erklärte lic. phil. H._____ mit Schreiben vom 21. Juni 2017 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 5) insbesondere, der Anlass für die Beratungen durch das K._____ sei die Aufarbeitung eines Strassenverkehrsdelikts (Fahren in angetrunkenem Zustand) aus dem Jahre 2013 gewesen. Der entsprechende Vorfall sei im Zusammenhang mit einem episodischen und missbräuchlichen Alkoholkonsum (ICD-10: F10.1) und nicht einer Abhängigkeitserkrankung (ICD-10: F10.2) zu sehen. Die Beschwerdeführerin habe rasch zu einer stabilen und labortechnisch nachgewiesenen Abstinenz gefunden und gelernt, ohne Rückgriff auf Alkohol mit schwierigen und belastenden Situationen umzugehen.

3.3.7 Der Hausarzt hielt am 16. Juni 2017 unter anderem fest, es bestehe eine depressive Erkrankung mit persönlichkeitsbedingten Ausprägungen sowie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf (BB 7).

3.4 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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.5

3.5.1 Soweit die Neuanmeldung vom 17. November 2016 (AB 24) mit einer seit fünf Jahren (AB 53/2 Ziff. 1.1) bzw. 2013 bestehenden und gegenwärtig remittierten (AB 61/2 Ziff. 1.1) rezidivierenden depressiven Störung sowie einem seit 2014 abstinenten Alkoholabhängigkeitssyndrom (AB 61/2 Ziff. 1.1) begründet wird, ist von einem im Vergleich zum Referenzzeitpunkt (vgl. E. 3.1 hiavor) unverändert gebliebenen Gesundheitszustand auszugehen, was einen Anspruch auf eine Invalidenrente, andere Dauerleistungen oder Eingliederungsmassnahmen von vornherein ausschliesst (vgl. E. 2.5 hiavor). Zwar ist unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten das Erfordernis einer auf Dauer gerichteten Änderung bereits mit Ablauf der dreimonatigen Wartezeit im Sinne von Art. 88a Abs. 2 IVV grundsätzlich erfüllt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September

2012, 9C_530/2012, E. 5.2). Die psychische Dekompensation bzw. der Alkoholtrinkrückfall anfangs August 2014 (AB /36 f.) führte aber nicht zur konsekutiven stationären Behandlung, vielmehr kam es erst rund einen Monat später zu einer gut vierwöchigen Hospitalisation in der Klinik D._____ (AB 43/30-35). Nach der bis zum 7. November 2014 dauernden dreiwöchigen FU in den psychiatrischen Dienste F._____ wurde die Beschwerdeführerin in gebessertem Zustand nach Hause entlassen (AB 59/4-6) und erst wieder vom 8. bis 18. Dezember 2014 dort stationär therapiert (AB 43/38, 59/2 f.). Vor diesem Hintergrund ist fraglich, ob eine relevante Gesundheitsverschlechterung vorlag, die ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate dauerte. Wie es sich damit verhält kann hier aber letztlich offen bleiben, denn selbst unter der Prämisse eines vorliegenden Revisionsgrundes und einer diesfalls zu erfolgenden materiellen Prüfung des Leistungsanspruchs würde sich – wie nachfolgend aufgezeigt wird – im Ergebnis nichts ändern.

3.5.2 Die RAD-Stellungnahmen vom 20. Februar 2017 (AB 66) und 11. Mai 2017 (AB 74), in welchen das Vorliegen eines anhaltenden Gesundheitsschadens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint wurde, erfüllen die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor) und erbringen vollen Beweis. Dass Dr. med. I._____ keine klinische Exploration durchführte, ist nicht geeignet, den Beweiswert seiner Einschätzungen zu erschüttern (Beschwerde S. 9 Ziff. III Ziff. 13), konnte er sich anhand der wesentlichen Vorakten doch ein insgesamt lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b), zumal sich das Erheben früherer Arztberichte (Beschwerde S. 9 Ziff. III Ziff. 13) im Neuanmeldungsverfahren erübrigte. Seine Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und überzeugen insbesondere angesichts der höchstrichterlichen Rechtsprechung, wonach eine leichte bis mittelschwere Störung aus dem depressiven Formenkreis – mit Ausnahme von hier nicht vorliegenden seltenen Konstellationen – von vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung darstellt (vgl. Entscheid des BGer vom 15. Mai 2017, 8C_753/2016, E. 4.3 mit Hinweisen). Denn die von den involvierten Ärzten diagnostizierte rezidivierende depressive Störung erreichte im hier massgebenden Zeitraum unbestrittenermassen höchstens eine mittelgradige Ausprägung (ICD-10: F33.1;

AB 43/30, 43/37, 53/2 Ziff. 1.1). Für die Annahme von lic. phil. H. _____, wonach die Störung mittlerweile remittiert sei (AB 61/2 Ziff. 1.1), spricht im Übrigen, dass die Beschwerdeführerin in keiner fachpsychiatrischen Behandlung mehr steht und – abgesehen von der früheren Einnahme von Venlafaxin – keine antidepressive Pharmakotherapie in Anspruch nimmt (AB 70/11 ff.). Hinzu kommt, dass die depressiven Stimmungseinbrüche stets aufgrund einer beruflichen Überforderungs- oder Belastungssituation ausgelöst wurden und sich die Beschwerdeführerin jeweils erholte, sobald sich die diesbezüglichen Verhältnisse besserten (AB 43/14, 43/31 f., 43/36 f.; Beschwerde S. 4 f. Ziff. III Ziff. 5 f.), mithin lag ein reaktives Geschehen vor, was eine invalidisierende Wirkung per se ausschliesst (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299). Dass bei den depressiven Episoden allenfalls persönlichkeitsbezogene Aspekte hineinspielten, vermag daran nichts zu ändern. Einerseits hielten die psychiatrischen Diensten F. _____ an der noch im November 2014 zwischenzeitlich diagnostizierten gemischten Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61; AB 59/4) im Dezember 2014 nicht mehr fest (AB 49/38, 59/2) und attestierte in diesem Zusammenhang auch keine Arbeitsunfähigkeit. Andererseits wurden die vom Hausarzt angenommenen «persönlichkeitsbedingten Ausprägungen» der depressiven Erkrankung (BB 7) fachärztlich nicht anhand der klinisch-diagnostischen Leitlinien hergeleitet bzw. einer klaren Diagnose zugeordnet. Schliesslich ergibt sich aus den anamnestischen Angaben, dass die Alkoholabhängigkeit nicht Folge eines depressiven Geschehens ist und damit keine Invalidität im Sinne des Gesetzes zu begründen vermag (vgl. E. 2.3 hiervor). So hatte die Beschwerdeführerin im Alter von 24 Jahren (AB 43/14, 43/37) und damit lange Zeit vor der ersten depressiven Dekompensation im Jahr 2011 bzw. 2013 (AB 43/13, 43/31; IV-Protokoll [in den Gerichtsakten] S. 1, Eintrag vom 22. August 2013) mit dem übermässigen Bierkonsum begonnen, um damit nach der Arbeit «abschalten» zu können. Ohnehin soll die Beschwerdeführerin gemäss dem behandelnden Psychologen nach dem Strassenverkehrsdelikt im Jahr 2013 rasch abstinent geworden sein (AB 61/2 Ziff. 1.1; BB 5), worauf auch das verkehrsmedizinische Obergutachten (AB 70/10-17) sowie die verschiedenen Laborbefunde (AB 72/2-5) hindeuten. Insoweit bewirkt die Alkoholproblematik denn auch anerkanntermassen (Beschwerde S. 9 Ziff. III Ziff. 13) keine relevante Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens mehr.

3.6 Nach dem vorstehend Dargelegten ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen, weshalb selbst dann kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestünde, wenn ein Revisionsgrund vorläge. Die Verfügung vom 24. Mai 2017 (AB 75) ist folglich nicht zu beanstanden und 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen 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 und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.