

200 17 89 IV
GRD/PES/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. Dezember 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch die B. _____, handelnd durch Frau Fürsprecherin
C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Dezember 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1979 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im September 2013 bei der Invalidenversicherung für eine berufliche Integration/Rente an (Antwortbeilage [AB] 3). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) nahm in der Folge in medizinischer und erwerblicher Hinsicht Abklärungen vor.

Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) beauftragte die IV-Stelle am 4. November 2014 Dr. med. D. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung der Versicherten. Das entsprechende Gutachten datiert vom 10. März 2015 (AB 48.1).

Am 28. April 2015 sprach die IV-Stelle der Versicherten als Frühinterventionsmassnahme die Abklärung ihrer beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten zu (AB 57). Auf den Vorschlag der IV-Stelle, an einer beruflichen Abklärung im ... teilzunehmen, erklärte die Versicherte am 8. Juli 2015 telefonisch, dass sie sich nicht in der Lage fühle, an irgendwelchen Massnahmen teilzunehmen oder an eine Arbeitstätigkeit zu denken. Auch zu einer Ausbildung in irgendeiner Form sehe sie sich nicht in der Lage (siehe Protokoll per 1. März 2017 S. 5; in den Gerichtsakten). Am 15. Juli 2015 teilte die IV-Stelle der Versicherten in der Folge mit, dass weitere berufliche Massnahmen abgewiesen würden respektive dass das Dossier in der beruflichen Eingliederung geschlossen werde. Sie könne schriftlich mitteilen, sobald berufliche Massnahmen möglich seien respektive sie sich dazu in der Lage sehe, dann werde das Dossier wieder eröffnet (AB 64).

Mit Schreiben vom 2. November 2015 forderte die IV-Stelle die Versicherte zur Schadenminderung auf. Gemäss den medizinischen Unterlagen bzw. dem Gutachten von Dr. med. D. _____ könnten ihre Beeinträchtigungen durch eine Expositionsbehandlung und eine medikamentöse Therapie vermindert werden. Sie habe der IV-Stelle deshalb bis am 31. Januar 2016 die Durchführungsstelle sowie das Beginndatum einer Expositionstherapie sowie der medikamentösen Therapie bekannt zu geben. Wenn sie dieser

Aufforderung innerhalb der gesetzten Frist nicht nachkomme, könnten die Leistungen gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden (AB 68).

Am 5. November 2015 ging der IV-Stelle ein Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Oktober 2015 zu (AB 69).

Mit E-Mail vom 31. Januar 2016 teilte die Versicherte der IV-Stelle mit, dass sie den geforderten Massnahmen aufgrund ihres Gesundheitszustands nur teilweise nachkommen könne. Aktuelle Informationen und Befunde seien bei Dr. med. F. _____ einzuholen (AB 76).

Mit Vorbescheid vom 5. Februar 2016 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht. Da sie der Schadenminderungspflicht nicht wie gefordert nachgekommen sei, könnten aktuell keine beruflichen Massnahmen angegangen werden. Sobald die Erfüllung der Schadenminderungspflicht über einen Zeitraum von sechs Monaten ausgewiesen sei, könnten berufliche Massnahmen wieder aufgenommen werden (AB 78).

Am 5. März 2016 reichte der behandelnde Psychiater Dr. med. F. _____ einen Verlaufsbericht zu den Akten (AB 80)

Mit Schreiben vom 9. März 2016 erhob die Versicherte, vertreten durch K. _____, gegen den vorgesehenen Entscheid Einwand (AB 82).

Mit Verfügung vom 1. April 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten hinsichtlich beruflicher Massnahmen ihrem Vorbescheid vom 5. Februar 2016 entsprechend ab (AB 84). Diese Verfügung ist unangetroffen geblieben.

Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD vom 11. Juli 2016 (AB 85) forderte die IV-Stelle die Versicherte mit Schreiben vom 1. August 2016 erneut zur Schadenminderung auf. Ihr Gesundheitszustand und damit verbunden ihre Erwerbsfähigkeit könnten mit medizinischen Massnahmen verbessert werden. Aus medizinischer Sicht gebe es keinen nachvollziehbaren Grund, weshalb diese Massnahmen nicht umgesetzt werden könn-

ten. Die geforderten medizinischen Massnahmen stünden im Vordergrund und seien ihr zumutbar. Zur Behandlung der Agoraphobie sei eine Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit Durchführung einer Expositionsbehandlung (mit kognitivverhaltenstherapeutischen Ansätzen) und medikamentöser Behandlung angezeigt. Sollte diese Behandlung innerhalb von sechs Monaten keinen entsprechenden Erfolg im Hinblick auf die Agoraphobie zeigen, sei eine stationäre Behandlung angezeigt. Die Versicherte wurde in der Folge erneut gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG aufgefordert, ihr bis am 31. August 2016 schriftlich die Durchführungsstelle sowie das Beginndatum der Expositionsbehandlung und der medikamentösen Therapie mitzuteilen und sie wurde wiederum ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Leistungen gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden könnten, sollte sie der Aufforderung innerhalb der gesetzten Frist nicht nachkommen. Dies bedeute in ihrem Fall, dass keine abschliessende Leistungsprüfung vorgenommen werden könne und die Erhebungen eingestellt würden (AB 86).

Hierzu nahm die Versicherte mit Schreiben vom 30. August 2016 Stellung. Inzwischen sei es ihr gelungen, ohne die geforderten Massnahmen ihre funktionellen Einschränkungen zu vermindern und ihre Ressourcen zu erhalten. Sie sei nicht gewillt, diese Fortschritte, welche eine prägnante Verbesserung ihres medizinischen Zustands und ihrer gesamten Lebensqualität darstellten, durch die geforderten Massnahmen zu gefährden (AB 88).

Mit Vorbescheid vom 16. September 2016 stellte die IV-Stelle der Versicherten in der Folge die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht. Bevor die medizinischen Möglichkeiten zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit nicht ausgeschöpft seien, könne ein allfälliger Leistungsanspruch nicht abschliessend geprüft werden und solange erfolge keine Kostengutsprache für Leistungen der Invalidenversicherung (AB 89).

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecherin C. _____ von der B. _____, am 17. Oktober 2016 Einwand, wobei im Wesentlichen geltend gemacht wird, sie habe ihre Schadenminderungspflicht mit den wöchentlichen Sitzungen bei ihrem behandelnden Psychiater und der harten Arbeit an sich selbst vollumfänglich erfüllt. Die psychiatrische Behandlung habe Erfolge gezeitigt. Sie habe ihren Bewegungsradius

ausweiten können, sie könne sich freier und über längere Zeit ausserhalb der Wohnung aufhalten und habe keine Panikattacken mehr. Sie pflege bestehende Beziehungen intensiver, interagiere vermehrt mit Menschen und nehme verstärkt am sozialen Leben teil. Da sie wieder in der Lage sei, sich im öffentlichen Raum zu bewegen, könnten nun berufliche Massnahmen in Angriff genommen werden (AB 92).

Nach erneuter Feststellung des RAD, dass die gutachterlich und RAD-ärztlich empfohlenen therapeutischen Massnahmen nicht, zumindest nicht vollumfänglich umgesetzt wurden (AB 96), wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten mit Verfügung vom 22. Dezember 2016 (AB 97) ihrem Vorbescheid vom 16. September 2016 entsprechend ab.

B.

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch die B._____, handelnd durch Fürsprecherin C._____, am 30. Januar 2017 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr berufliche Massnahmen nach IVG zu gewähren. Zudem wurde die unentgeltliche Rechtspflege beantragt.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. März 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen.

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 Angefochten ist die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 22. Dezember 2016 (AB 97). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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 Ar-

beitsunfähigkeit – 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). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.3 Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt der Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Sodann muss sie an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen,

aktiv teilnehmen, insbesondere an Massnahmen der Frühintervention, Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, Massnahmen beruflicher Art und medizinischen Behandlungen nach Art. 25 KVG (Art. 7 Abs. 1 und 2 IVG).

Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG). Nach den Gesetzgebungsmaterialien konkretisiert diese Bestimmung den bis anhin nur von der Rechtsprechung näher definierten Begriff der Zumutbarkeit und hält fest, dass jede Massnahme, die der Eingliederung einer versicherten Person dient, grundsätzlich zumutbar ist, solange sie nicht ausdrücklich als unzumutbar betrachtet werden muss. Damit wird die Beweislast in Bezug auf die Zumutbarkeitsfrage verschoben. Musste bis anhin dargelegt werden, dass eine Massnahme einer versicherten Person in ihrer konkreten Lage zumutbar ist, so kann neu davon ausgegangen werden, dass eine Massnahme prinzipiell zumutbar ist. Es liegt denn auch an der versicherten Person darzulegen, inwiefern ihr eine bestimmte Massnahme nicht zumutbar sein soll. Allerdings wirkt sich diese Beweislastverteilung faktisch nur im Streitfalle aus, da die IV-Stelle aufgrund des in Art. 43 Abs. 1 ATSG geregelten Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen verpflichtet ist zu prüfen, ob eine unzumutbare Massnahme vorliegt. Sodann wird in Art. 7a, 2. Satzteil, IVG ausdrücklich festgehalten, dass lediglich gesundheitliche Gründe dazu führen können, dass eine Massnahme im konkreten Einzelfall als unzumutbar erachtet werden muss (Botschaft des Bundesrates, BBI 2005 S. 4560).

Verletzt die versicherte Person ihre Mitwirkungspflichten gemäss Art. 7 IVG oder Art. 43 Abs. 2 ATSG, so können die Leistungen unter Einhaltung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden (Art. 7b Abs. 1 IVG).

2.4 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).

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 klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, 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).

2.5 Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306 f.; 140 V 193 E. 3 S. 194 ff.). Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der

Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt unbeachtlich sind (vgl. BGE 140 V 193, 130 V 352 E. 2.2.5 S. 355 f.). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303; 127 V 294 E. 5a S. 299 f.).

2.6 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.7 Psychische Leiden – und nicht nur somatoforme/funktionelle Störungen – sind wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem

direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich. Dieser Beweis ist indirekt, behelfsweise, mittels Indikatoren zu führen. Da bei sämtlichen psychischen Störungen trotz variierender Prägnanz der erheblichen Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme bestehen, ist das indikatorengeleitete Beweisverfahren grundsätzlich auf sie alle anwendbar. Grundsätzlich sind sämtliche psychischen Erkrankungen dem strukturieren Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. November 2017, 8C_130/2017, E. 7.1 und 7.2).

3.

3.1 Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin am 25. September 2013 gestützt auf die Akten der Krankentaggeldversicherung, auf eine Konsultation der Versicherten vom 19. September 2013 sowie auf eine telefonische Besprechung mit dem behandelnden Psychiater Dr. med. F._____, vom 20. September 2013, eine leichtgradige Depression mit somatischem Syndrom gemäss ICD-10: F33.01. Die Beschwerdeführerin habe in psychopathologischer Hinsicht nur mehr Anzeichen einer leichten Depression bei fortbestehenden Schlafstörungen gezeigt, die jedoch auf unklarer Grundlage entstünden. Im Übrigen erwecke die Beschwerdeführerin einen gespaltenen Eindruck. Auf der einen Seite stehe eine einsichtsfähige, motivierte junge Frau, die ihre Kompetenz im Beruf an verschiedenen, zum Teil langjährigen Arbeitsstellen und in Weiterbildungen bewiesen habe. Auf der anderen Seite zeige sich jedoch eine Frau, die wegen einer Lohnpfändung seit Jahren am Existenzminimum lebe, den Missstand vor ihrem Partner verheimliche und sich trotz ihrer Einsicht blockiert fühle, geeignete Handlungen zur Lösung ihrer Probleme vorzunehmen. Die langandauernde Lohnpfändung sei als selbstschädigendes Symptom im Rahmen eines chronischen und schweren neurotischen Konflikts zu werten. Dieser habe sich möglicherweise in der Persönlichkeit verfestigt und gebe Anlass

für den Verdacht auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, die aber zurzeit nicht näher spezifiziert werden könne (ICD-10: F60.9). Im Vordergrund stünden narzisstische, abhängige und möglicherweise auch zwanghaft und emotional instabile Züge. Für das weitere Vorgehen sei zu empfehlen, dass der Beschwerdeführerin sobald wie möglich eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit testiert werde, damit sie in den Genuss einer Betreuung durch das RAV mit Kursen und Beschäftigungsprogrammen kommen könne. Bei einem guten Verlauf sei mit einer mehrmonatigen Phase von teilszeitlicher Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Im besten Fall könne sich eine solche Phase durch ein geeignetes Stellenangebot auch verkürzen. Umgekehrt sei aber auch denkbar, dass die Beschwerdeführerin sich auf ein solches Vorgehen trotz ihrer wiederholt verbal bekräftigten Motivation nicht einlassen könne. Dann sei mit dem Auftreten von verstärkten depressiven Beschwerden zu rechnen, die es möglicherweise notwendig machten, wiederum eine teilstationäre Behandlung zu erwägen. Zusammenfassend sei die Fortsetzung der jetzigen Behandlung mit einer laufenden und engmaschigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu empfehlen (AB 10.10 S. 4 f.).

3.2 Der behandelnde Psychiater Dr. med. F. _____ diagnostizierte bei der Versicherten in seinem Bericht vom 30. November 2013 eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht- bis mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) sowie eine Agoraphobie (ICD-10: F40.0). Nach beruflicher Überlastung im März 2013 sei es zu einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode gekommen, die sich bis Mitte September 2013 gebessert habe. Nach dem Gutachtertermin bei Dr. med. G. _____ Ende September 2013 sei sie mit einer Agoraphobie belastet worden, die inzwischen etwas rückläufig sei. Die Prognose sei mittelfristig günstig (AB 19 S. 2 f.). Mit Verlaufsbericht vom 25. März 2014 hielt der behandelnde Psychiater einen stationären Gesundheitszustand fest. Die Beschwerdeführerin zeige starke agoraphobische Beschwerden, könne nur zu nötigen Erledigungen und selten zum Ausgang das Haus verlassen. Eine Berufstätigkeit ausser Haus sei unmöglich. Die Prognose sei offen (AB 27).

3.3 Mit Bericht vom 10. April 2014 hielt Dr. med. H. _____ vom RAD, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, sowohl die Dia-

gnosen als auch die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit des behandelnden Psychiaters Dr. med. F._____ erschienen weder plausibel noch nachvollziehbar. Nicht nur fehle in dessen Berichten ein nachvollziehbarer psychopathologischer Befund, auch seien die Aussagen darin inkongruent und insbesondere zum Bericht von Dr. med. G._____ abweichend. Dessen Bericht liefere nicht nur wesentliche, von den Angaben des Dr. med. F._____ abweichende Informationen, sondern lege auch überwiegend wahrscheinlich nahe, dass spätestens ab der Untersuchung bei ihm im September 2013 von einer (zumindest) Teil-Arbeitsfähigkeit der Versicherten ausgegangen werden könne. Von Dr. med. F._____ werde neu eine Agoraphobie genannt, die nach der Untersuchung bei Dr. med. G._____ aufgetreten sein solle, ohne dass deren Hintergründe von Dr. med. F._____ in seinen Berichten näher untersucht oder kritisch diskutiert würden. Bislang fehle leider ebenfalls eine adäquate kritische Würdigung der offenbaren psychosozialen Belastungsfaktoren und -umstände. Es brauche eine vertiefte Abklärung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen. Die Angaben im Arztbericht des Dr. med. G._____ über psychiatrische Behandlungen im Jahr 2003 liessen vermuten, dass bei der Beschwerdeführerin bereits länger eine psychische Problematik vorliege (AB 28).

3.4 Gemäss Bericht der Psychiatrischen Dienste E._____ vom 22. Juli 2003 wurden bei der Beschwerdeführerin damals im Rahmen eines Ersttermins in der Allgemeinen Sprechstunde eine depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.1) sowie eine spezifische Phobie (ICD-10: F40.2) diagnostiziert (AB 39). Vom 23. September bis 28. November 2003 befand sich die Beschwerdeführerin in der Folge in teilstationärer Behandlung in der Akuttagesklinik der Psychiatrischen Dienste E._____. Gemäss deren Austrittsbericht vom 2. Dezember 2003 lag eine mittelgradige depressive Episode ohne somatische Symptome (ICD-10: F32.1) vor (AB 33). Vom 21. April 2004 bis 27. April 2005 fand eine ambulante Behandlung der Beschwerdeführerin bei Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie statt. Gemäss dessen Schreiben vom 2. Mai 2014 wegen depressiver Beschwerden (ICD-10: F32.1) und F61.0 (still-depressiv, schizoid, abhängig) bei Überforderung am Arbeitsplatz mit teilweiser Krankschreibung (AB 36).

3.5 Die auf Empfehlung des RAD (AB 41) von der Beschwerdegegnerin beauftragte psychiatrische Gutachterin Dr. med. D. _____ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin in ihrem Gutachten vom 10. März 2015 (AB 48.1) eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend selbstunsicheren Persönlichkeitszügen (ICD-10: F61.0) sowie einen Status nach Burnout mit Entwicklung einer depressiven Episode, maximal mittelgradig nach Arbeitsplatzkonflikten und Kündigung des Arbeitsverhältnisses (ICD-10: F32.1, Z56.0; AB 48.1 S. 18). Die aktuelle Erkrankung habe sich während des letzten Arbeitsverhältnisses entwickelt. Durch eine berufliche Überforderung sei die Beschwerdeführerin zunehmend in ein Burnout gekommen. Der Vorgesetzten gegenüber sei sie hilflos gewesen. Die am Anfang ausgeprägte depressive Symptomatik habe sich bis zur Begutachtung bei Dr. med. G. _____ zurückgebildet. Seit dieser Zeit bestehe eine ausgeprägte Angstsymptomatik mit spezifischen und unspezifischen Ängsten (AB 48.1 S. 14). Bei der aktuellen Untersuchung habe sich eine Versicherte gezeigt, die bei selbstunsicheren, zwanghaft perfektionistischen und schizoiden Persönlichkeitsstrukturen unter einer Reihe von Angstsymptomen, Schlafstörungen und einer Tag-/Nachtumkehr leide (AB 48.1 S. 18). Gemäss der Schilderung der Versicherten bestehe eine Agoraphobie. Sie vermeide soweit wie möglich, ihre Wohnung zu verlassen. Wenn sie für die Arztkonsultationen in die Stadt müsse, nehme sie vorher drei Temesta ein. Sie könne die Agoraphobie soweit überwinden, dass sie die Dinge besorgen könne, die unbedingt notwendig seien. Im Quartier, wenn sie schnell in die Wohnung zurückkehren könne, könne sie beim Vermeiden von „Stosszeiten“ auch ohne Temesta die Wohnung verlassen. Neben der Agoraphobie bestünden weitere spezifische Phobien. Die Versicherte habe verschiedenste Ängste geäussert, die Kriterien der Diagnose einer generalisierten Angststörung seien aber nicht erfüllt (AB 48.1 S. 23). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit stünden für die Versicherte ihre Ängste im Vordergrund. Werde die bisherige Therapie betrachtet, entspreche diese keiner leitliniengerechten Behandlung. An erster Stelle sei eine Expositionsbehandlung mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen notwendig. Diese werde üblicherweise medikamentös mit einem Antidepressivum unterstützt. Dies sei mit der Versicherten eingehend diskutiert worden. Die Versicherte lehne eine antidepressive Medikation ab, da sie Nebenwirkungen befürchte. In der

Folge sei mit der Versicherten und dem behandelnden Psychiater nebst einer intensivierten Expositionsbehandlung eine Medikation mit einem atypischen Neuroleptikum, das zu einer Verminderung der Ängste und einem besseren Schlaf führen könnte, besprochen worden. Die Einnahme von Temesta habe bereits ein problematisches Ausmass erreicht. Die Versicherte habe Zeichen einer Toleranzentwicklung beschrieben, so dass diese Medikation unbedingt gestoppt werden müsse. Bezüglich Arbeitsfähigkeit lasse sich feststellen, dass die bisherige Stelle nicht mehr vorhanden sei. Bei zwei Stellen in diesem Bereich sei die Versicherte psychisch auffällig geworden, so dass von Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit in diesem Bereich ausgegangen werden müsse. Demgegenüber habe die Versicherte ihre beruflichen Fähigkeiten in einem anderen Umfeld über acht Jahre erfolgreich einsetzen können. Die Versicherte habe gute sprachliche Fähigkeiten, sie lese gern und könne sich selbständig eine gute Fachkompetenz aneignen. Im Ausdruck sei sie präzise. Wenn bei einer Arbeit Regeln festgelegt seien, halte sie diese zuverlässig ein und könne sie auch anderen gegenüber durchsetzen. Die Teamfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Die Versicherte lege grossen Wert auf eine gewisse Autonomie. Da sie ihre Arbeit gerne zur Zufriedenheit des Chefs ausführe, könne es vorkommen, dass sie sich zu Dingen hinreissen lasse, die nicht ihren moralischen Ansprüchen entsprächen. Derartige Fehlleistungen führten zu anhaltenden Schuld- und Schamgefühlen. In einem konfliktreichen Umfeld habe die Versicherte Mühe, sich abzugrenzen. Es bestehe ein dysfunktionales Muster, Konflikte zu bearbeiten. Sie übernehme schnell zu viel Verantwortung und belaste sich auch zeitlich mehr als üblich, da sie eigene Bedürfnisse hintanstelle. Durch eine starke interaktionelle Anspannung werde die Versicherte blockiert und könne sich nicht wehren. Aufgrund ihrer Persönlichkeitsstrukturen sei die Versicherte auf einen Arbeitsplatz mit einem klaren Pflichtenheft angewiesen. Sie sei gut gepflegt und kenne die üblichen Umgangsformen. Die Wegfähigkeit sei aufgrund der Agoraphobie eingeschränkt. Diese sei einer Expositionsbehandlung und einer medikamentösen Therapie gut zugänglich. Etwa sechs Monate nach einer intensiven Expositionsbehandlung sollte die Beschwerdeführerin gemäss Gutachterin wieder fähig sein, sich im öffentlichen Raum zu bewegen. Sollte eine intensivierete ambulante psychiatrische Therapie in sechs Monaten bezüglich der Agoraphobie und der Tag-/Nachtumkehr keinen Erfolg zei-

gen, sei eine teilstationäre Therapie indiziert. Aktuell könne die Versicherte wegen der anhaltenden Agoraphobie keinen Arbeitsplatz aufsuchen. Eine regelmässige ausserhäusliche Tätigkeit sei ihr noch nicht zumutbar. Mit einer beruflichen Abklärung müsse hingegen nicht zugewartet werden. Eine Weiterbildung sei bei guter Erreichbarkeit des Ausbildungsortes nicht nur in einem Fernstudium zu einem vollen Pensum zumutbar. Wenn der Ausbildungsort bekannt sei, könne mit der Versicherten darauf hingearbeitet werden, dass sie diesen erreichen könne. Die Therapie der Persönlichkeitsstörung sei demgegenüber langwierig und gehe über die Zeit einer beruflichen Reintegration hinaus. Bei der Persönlichkeitsstörung gehe es um eine langfristige Behandlung, bei der in erster Linie mit den Ressourcen der Versicherten gearbeitet werden müsse (AB 48.1 S. 24 ff.).

3.6 Mit Verlaufsbericht vom 5. März 2016 hielt der behandelnde Psychiater Dr. med. F. _____ fest, dass sich die Agoraphobie der Beschwerdeführerin bis zu seinem letzten Zwischenbericht vom 31. Oktober 2015 deutlich verschlechtert habe. Danach sei es ihr durch die Anleitung und Rücksprache in der laufenden ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung wieder regelmässig möglich gewesen, nach jeweiliger Einnahme von Temesta nach draussen zu gehen und auch ohne Notwendigkeit für Besorgungen Spaziergänge zu machen bzw. familiäre Anlässe aufzusuchen, sodass sich die agoraphobische Symptomatik deutlich verbessert habe. Was die Selbständigkeit weiterhin massiv beeinflusse, sei die enorme Schwankung und Unregelmässigkeit des Schlafrhythmus mit zu kurzen Schlafperioden und zu kurzer Schlafdauer verbunden mit anhaltender Erschöpfung. Dies bewirke, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei, eine regelmässige Aufgabe/Tätigkeit ausser Haus zu erfüllen, auch nicht in einer üblichen Wiedereingliederungsinstitution. Eine solche Institution würde sie gemäss behandelndem Psychiater in der sozialen Abgrenzungsschwäche stark überfordern. Auch sei die Beschwerdeführerin der Meinung, sie habe bisher nicht eine ihr entsprechende Unterstützung für eine berufliche Neuorientierung oder eine Möglichkeit zu einer Tätigkeit/Weiterbildung in ihrer Wohnung erlebt, die ihr eine zielorientierte berufliche Eingliederung ermöglichen würde. Der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. In der Diagnosestellung habe sich eine Änderung in Form einer Verbesserung der Agoraphobie und der Depressivität ergeben. Ein-

fluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten die schwersten Schlafstörungen mit fehlendem Schlafrhythmus, Albträumen, Schlafwandeln und Schlafparalyse, die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10: F33.1) sowie eine leichte bis mittelschwere Agoraphobie mit Panik (ICD-10: F40.0). Sie sei weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. Zunächst „Heimarbeiten“ mit Lesen, Schreiben, Korrekturarbeiten oder der Orientierung über eine berufliche Neuausrichtung seien zumutbar (AB 80).

3.7 Mit Schreiben vom 3. Oktober 2016 teilte der behandelnde Psychiater der B. _____ mit, dass sich an der von ihm vorgeschlagenen Therapie seit seinem Verlaufsbericht vom 5. März 2016 nichts geändert habe. Darunter sei es zu einer Zustandsverbesserung gekommen, sodass insbesondere die depressiver Verstimmung und die Agoraphobie deutlich rückläufig gewesen seien. Dies sei von der Beschwerdeführerin offensichtlich nicht gewürdigt worden (AB 92 S. 3).

3.8 Mit erneuter Aktenbeurteilung vom 9. November 2016 hielt Dr. med. I. _____ vom RAD, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, (erneut) fest, dass die gutachterlich und RAD-ärztlich empfohlenen therapeutischen Massnahmen bei der Beschwerdeführerin nicht, zumindest nicht vollumfänglich umgesetzt worden seien. Gemäss den Angaben des behandelnden Psychiaters und der Beschwerdeführerin scheine es dennoch zu einer teilweisen Verbesserung des Gesundheitszustands gekommen zu sein, wobei der Beginn dieser Veränderung nicht ersichtlich sei. Eine vollständige Remission sei nicht auszumachen. Ebenso sei nicht erkennbar, ob und wenn ja, in welchem Umfang sich diese teilweise Verbesserung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirke. Solange keine ausreichende Remission mit relevanter Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit erreicht worden sei, könne weiterhin auf das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 10. März 2015 abgestellt werden (AB 96 S. 4).

4.

4.1 Die Beurteilungen der behandelnden Ärzte wie auch der Gutachterin Dr. med. D. _____ stützen sich fast ausschliesslich auf die Angaben

der Beschwerdeführerin und scheinen hinsichtlich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wenig überzeugend. Insbesondere erscheint nicht schlüssig, wenn die Gutachterin Dr. med. D. _____ ausführt, eine Weiterbildung sei der Beschwerdeführerin bei guter Erreichbarkeit des Ausbildungsortes nicht nur in einem Fernstudium zu einem vollen Pensum zumutbar, gleichzeitig aber das Aufsuchen eines Arbeitsplatzes wegen der geltend gemachten anhaltenden Agoraphobie ausschliesst. Klar ist die Aktenlage hingegen hinsichtlich Behandelbarkeit der geltend gemachten funktionellen Einschränkungen. Wie die Gutachterin in Übereinstimmung mit den übrigen medizinischen Akten ausführt, sind die funktionell einschränkenden psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Expositionsbehandlung und einer medikamentösen Therapie mit einem Antidepressivum gut zugänglich. Etwa sechs Monate nach einer intensiven Expositionsbehandlung sollte die Beschwerdeführerin gemäss Gutachterin wieder fähig sein, sich im öffentlichen Raum zu bewegen. Sollte eine intensivierete ambulante psychiatrische Therapie in sechs Monaten bezüglich der Agoraphobie und der Tag-/Nachtumkehr keinen Erfolg zeigen, sei eine teilstationäre Therapie indiziert. Die bisherige Therapie entspreche keiner leitliniengerechten Behandlung und die Einnahme von Temesta müsse unbedingt gestoppt werden, da die Beschwerdeführerin bereits Zeichen einer Toleranzentwicklung beschrieben habe (AB 48.1 S. 24 ff.).

4.2 Gestützt auf diese Feststellungen und zur Klärung der Frage, ob überhaupt ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin zu Recht zur Aufnahme einer leitlinienkonformen intensiven kognitiv-verhaltenstherapeutischen Expositionsbehandlung und insbesondere zur vorliegend empfohlenen und zumutbaren medikamentösen Therapie aufgefordert und hierzu das Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG eingeleitet (AB 86). Trotz dieser Aufforderung wurden die empfohlenen therapeutischen Massnahmen in der Folge nicht umgesetzt respektive verweigert (siehe AB 88 sowie AB 92 S. 3 i.V.m. AB 80 und AB 69 S. 2 sowie AB 85 S. 4 f.). Dass eine leitlinienkonforme intensive kognitiv-verhaltenstherapeutische Expositionsbehandlung und eine medikamentöse Therapie mit einem geeigneten Antidepressivum dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht

angemessen wäre, wird von keinem der involvierten Ärzte – auch nicht vom behandelnden Psychiater Dr. med. F. _____ – geltend gemacht und kann nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die Beschwerdegegnerin hat damit zu Recht gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG eine Kostengutsprache für Leistungen der Invalidenversicherung abgelehnt, zumal eine anspruchsbegründende Invalidität der Beschwerdeführerin aufgrund der vorhandenen Akten bei vollständiger Erfüllung der Schadenminderungspflicht nicht überwiegend wahrscheinlich erscheint (siehe E. 4.3 hiernach).

4.3 Sowohl die Beschwerdeführerin als auch der behandelnde Psychiater geben in ihren neusten Stellungnahmen an, dass die depressive Verstimmung und die Agoraphobie deutlich rückläufig seien (AB 88 und AB 92 S. 3). Sie habe keine Panikattacken mehr, ihre Schlafstörungen wie auch die damit verbundene Tag-/Nachtumkehr hätten sich zum grössten Teil aufgelöst. Sie pflege bestehende Beziehungen wieder intensiver, interagiere vermehrt mit Menschen, denen sie im Alltag begegne und nehme verstärkt am sozialen Leben teil. Ihre Agoraphobie sei nicht weg, aber sie habe sich einen Umgang damit aneignen können, der es ihr erlaube, ihr Vermeidungsverhalten Schritt für Schritt zu vermindern. Durch die vermehrte Bewegung, mehr frische Luft wie auch durch den regelmässigeren und genügenden Schlaf in der Nacht habe sich zudem auch ihre körperliche Kondition verbessert. All diese Verbesserungen seien ihr ohne die geforderten Massnahmen gelungen. Sie sei zuversichtlich, dass wenn sie ihren Weg weiter so gehe, sich ihr medizinischer Zustand fortlaufend verbessern werde und sie auf einen Wiedereinstieg ins Berufsleben hoffen dürfe (AB 88).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 sind Behandlungserfolg oder -resistenz wichtige Schweregradindikatoren. Daran hat sich mit dem Entscheid des BGer vom 30. November 2017, 8C_841/2016, nichts geändert. Die Tatsache, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auch ohne Durchführung der eigentlich indizierten, intensiven kognitiv-verhaltenstherapeutischen Expositionsbehandlung wie auch ohne die eigentlich indizierte medikamentöse Behandlung mit einem geeigneten Antidepressivum im von der Beschwerdeführe-

rin beschriebenen und vom behandelnden Psychiater bestätigten Umfang verbessern konnte, spricht klar gegen ein schweres und damit invalidisierendes psychisches Leiden. Gemäss den Schilderungen der Beschwerdeführerin sind die diagnoserelevanten Befunde und Symptome nunmehr nur noch geringfügig ausgeprägt (AB 88 S. 2). Auch dies wird vom behandelnden Psychiater bestätigt (AB 92 S. 3). Aufgrund ihrer Persönlichkeitsstrukturen ist die Beschwerdeführerin auf einen konfliktarmen Arbeitsplatz mit einem klaren Pflichtenheft angewiesen (vgl. AB 48.1 S. 28 Ziff. 12). Einer vollen Erwerbstätigkeit stehen diese Persönlichkeitsstrukturen gemäss Gutachten jedoch nicht entgegen (AB 48.1 S. 28 Ziff. 9). Anderweitige Komorbiditäten, insbesondere körperlicher Natur, sind keine ersichtlich. Die Beschwerdeführerin verfügt gemäss Akten über gute Ressourcen. Sie hat gute sprachliche Fähigkeiten, ist im Ausdruck präzise, kann sich gemäss Gutachten selbständig eine gute Fachkompetenz aneignen und ist in ihrer Teamfähigkeit nicht eingeschränkt. Sie verfügt über gute Umgangsformen, ist gepflegt, hält sich zuverlässig an Regeln, kann diese auch durchsetzen, ist im Umgangston freundlich und kann Reklamationen in einem ruhigen und sachlichen Ton anbringen (AB 48.1 S. 25). Gemäss eigenen Angaben kann sie sich wieder freier, über eine längere Zeitdauer und in einem grösseren Bewegungsradius ausserhalb ihrer Wohnung aufhalten, sie pflegt bestehende Beziehungen wieder intensiver, interagiert auch vermehrt mit Menschen, denen sie im Alltag begegnet und nimmt verstärkter am sozialen Leben teil (AB 88 S. 2). All dies lässt nicht auf einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden schliessen. Dass sich die Beschwerdeführerin trotzdem für derzeit vollständig erwerbsunfähig erachtet (siehe AB 88 S. 2), erscheint nicht konsistent.

Zusammenfassend kann der psychischen Problematik der Beschwerdeführerin in Würdigung der massgebenden Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 vorliegend keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden. Die angefochtene Verfügung ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 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 sind vorliegend auf Fr. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

5.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege.

5.3.1 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 (Art. 111 Abs. 1 VRPG).

5.3.2 Aufgrund der zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege eingereichten Unterlagen (BB 4 – 6) ist die Prozessbedürftigkeit der Beschwerdeführerin erstellt. Das vorliegende Beschwerdeverfahren war auch nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen. Damit sind die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege erfüllt. Das Gesuch ist somit gutzuheissen. Die Beschwerdeführerin ist folglich – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. 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.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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