

200 18 18 IV
FUR/SAW/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. August 2018

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Baumann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. November 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war zuletzt vom 1. September 2002 bis am 28. Februar 2015 als ... in einem ... tätig und meldete sich am 12. November 2015 unter Hinweis auf Bulimie, Depressionen, Borderline, fehlende Belastbarkeit, Probleme bei der Stressbewältigung und sich wiederholende Stimmungsschwankungen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 14; 22 S. 1 f. Ziff. 2.1 und 2.7). Die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) klärte die gesundheitlichen sowie die erwerblichen Verhältnisse ab und veranlasste in der Abklärungsstelle C._____ vom 7. März bis 6. Juni 2016 ein Belastbarkeitstraining (vgl. Bericht vom 17. Juni 2016, AB 38) und vom 7. Juni bis 4. Dezember 2016 ein Aufbaustraining (vgl. Berichte vom 21. September sowie vom 13. Dezember 2016, AB 46; 56). Mit Mitteilung vom 9. Dezember 2016 wurden die Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen, da sich die Versicherte eine Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt, auch in Form eines Arbeitstrainings, nicht zutraute (AB 54). Nachdem eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Expertise vom 18. August 2017, AB 71.1), durchgeführt worden war, stellte die IVB mit Vorbescheid vom 8. September 2017 (AB 74) bei einem Invaliditätsgrad von 28% die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwand (AB 77; 80) und reichte mit Eingabe vom 7. November 2017 (AB 82) einen weiteren Arztbericht zu den Akten. Nach einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (RAD) vom 17. November 2017 (AB 83) verfügte die IVB am 22. November 2017 (AB 84) wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Gegen die Verfügung vom 22. November 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 8. Januar 2018 Beschwerde und beantragte deren kostenfällige Aufhebung sowie die Rückweisung der Sache zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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 22. November 2017 (AB 84). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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).

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).

2.3 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.

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Abs. 1). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2).

2.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

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

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Die Beschwerdeführerin befand sich vom 11. September 2015 bis zum 12. Februar 2016 in der tagesstationären Behandlung in der Klinik E._____. Im Austrittsbericht vom 15. Februar 2016 (AB 31) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (S. 1):

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (ICD-10 F60.31)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)
- Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1)

Beim Klinikeintritt seien die depressive Symptomatik sowie grosse Unsicherheiten und Ängste im Sozialkontakt im Vordergrund gestanden. Laut der Versicherten habe sie vom Tagesklinikaufenthalt profitieren können. Sie fühle sich sicherer, habe vieles über sich erkannt und Selbstachtung aufbauen können. Auch aus therapeutischer Sicht könnten die Fortschritte bestätigt werden. Die Versicherte habe an Sozialkompetenz gewinnen können und ihre emotionalen Kompetenzen erweitert. Gleichzeitig sei eine weitere engmaschige therapeutische Begleitung dringend indiziert. Die Versicherte sei in einem weitgehend stabilen Zustand, frei von suizidalen Gedanken und bereichert an sozialen Kontakten, nach Hause entlassen worden. Ab dem 7. März 2016 könne sie ein IV-gestütztes Belastbarkeits-training beginnen. Bis zum 6. Juni 2016 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (S. 3 f.).

3.1.2 Im Bericht vom 9. November 2016 (AB 53) diagnostizierte Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ mit rezidivierenden Selbstverletzungen mittels Schneiden und mit rezidivierenden suizidalen Krisen, letztmals im Mai 2015 (ICD-10 F60.31), sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2), einen Status nach schädlichem

Gebrauch von Alkohol, Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak: Schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1) sowie Psychische und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch von Koffein (ICD-10 F19.1, S. 1 Ziff. 1.1). Wesentliche Einschränkungen bestünden von psychischer Seite mit deutlich eingeschränkter Fähigkeit die Emotionen zu regulieren, mit gehäuften Erleben negativer Emotionen, einem negativen Selbstbild, häufig erlebten depressiven Gefühlen, mit zum Teil Suizidgedanken, sowie anhaltendem, nicht kontrollierbarem Gedankenkreisen. Zudem läge ein sozialer Rückzug vor. Sowohl vom Pensum her wie von der Belastung her müsse in der bisherigen Tätigkeit eine Reduktion erfolgen. Ein Einsatz im üblichen ... dürfte als zu stressig erlebt werden. Einsätze mit Schicht- oder Nachtbetrieb sollten vermieden werden. Betriebe mit Alkoholausschank seien wegen des erhöhten Rückfallrisikos in die Alkoholabhängigkeit nicht zu empfehlen. Insgesamt sei davon auszugehen, dass eine 50%ige Erwerbsfähigkeit erzielt werden können sollte (S. 3).

3.1.3 In der Expertise vom 18. August 2017 (AB 71.1) stellte Dr. med. D. _____ folgende Diagnosen (S. 9):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10 F60.3)
- Alkoholabhängigkeitsstörung mit gegenwärtigem Konsum (ICD-10 F10.24)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vordiagnostiziert):

- Rezidivierende depressive Störung, aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar
- Bulimie, Störung des Essverhaltens, aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht als eigenständige primär psychische Störung zu diagnostizieren

Aufgrund der vorliegenden ärztlichen Unterlagen sowie der aktuellen persönlichen Untersuchung könne nachvollzogen werden, dass die Versicherte an einer primär psychischen Störung leide. Bereits seit vielen Jahren seien die Symptome einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus beschrieben worden, die auch zu einer jahrelangen Behandlung geführt hätten. Zudem werde daneben – komorbid – die Diagnose der Abhängigkeit von Alkohol gestellt, da der Alkoholkonsum über ein

potenziell selbstschädigendes Verhalten im Rahmen der Persönlichkeitsstörung hinausgegangen sei. Die aktuell hausärztliche Behandlung bei Dr. med. F. _____, die zwar eine adäquate Medikation beinhalte, könne dabei nicht störungsspezifische Ansätze zur Behandlung der beiden Krankheitsbilder ersetzen. Zwar sei der Zustand aktuell unter der Einnahme des modernen Antidepressivums Fluoxetin, des Phasenprophylaktikums Lamotrigin und des beruhigenden, modernen Neuroleptikums Quetiapin kompensiert, gleichwohl könnte eine Behandlung durch die störungsspezifischen Anteile aus der Suchtbehandlung und der behavioralen Therapie gemäss Marsha Linehan helfen, zu einer anhaltenden Verbesserung beizutragen. So wären der Versicherten – auch unter einer abzuverlangenden weiteren Reduktion des Alkoholkonsums – nicht nur täglich einige Stunden einer angepassten Tätigkeit, sondern ihr wäre die Wiederaufnahme einer normalen Arbeitstätigkeit zumutbar. Es müsse nämlich argumentiert werden, dass die Versicherte unter der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus seit jungem Erwachsenenalter leide und in dieser Zeit ihres Lebens mehrere Arbeitsstellen über Jahrzehnte ausgeübt habe. An dieser Stelle seien auch die krankheitsfremden Faktoren zu berücksichtigen. Die Versicherte habe in den vergangenen Jahren im Bereich des ... vermehrt Alkohol konsumiert resp. gemäss ihren Angaben konsumieren müssen, um die Gäste dadurch zu motivieren, Geld auszugeben. Dies sei ein klarer krankheitsfremder Faktor, der bei störungsspezifischer Behandlung des Suchtpotenzials entfielen. Am Rande sei zu erwähnen, dass die zusätzlichen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung und einer eigenständigen Essstörung Bulimia nicht nachvollziehbar seien. Zur Diagnose der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus gehörten Depressivität bis hin zum Ausprägungsgrad einer depressiven Episode, daneben selbstverletzende Verhaltensweisen, zu denen auch Fressanfälle und Erbrechen gehörten, und schliesslich panikattackenartige spezifische Ängste oder unspezifische Angstsymptome dazu. Es mache keinen Sinn aus psychiatrischer Sicht eine Liste von z.B. fünf oder sechs Diagnosen eigenständiger psychiatrischer Erkrankungen aufzuführen, um daraus eine andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit abzuleiten (S. 10 f.). Aktuell arbeite die Versicherte zu 50% bei der Abklärungsstelle C. _____ und sei zu 50% bei der Regionalen Arbeitsvermittlung angemeldet. Dies stütze die versicherungspsychiatrische Ein-

schätzung, wonach der Versicherten nach einer deutlichen Reduktion des Alkoholkonsums die Wiederaufnahme einer normalen Arbeitstätigkeit in der ... oder auch im ..., jedoch ohne alkoholische Getränke, mit einer Präsenzzeit von 100% zugemutet werden könne. Bei entsprechender Diagnosestellung einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung sei eine Minderung der Leistungsfähigkeit um 20% nachvollziehbar (S. 16).

3.1.4 Dr. med. F. _____ nahm auf Ersuchen der Beschwerdeführerin am 1. November 2017 (AB 82 S. 2) Stellung zum psychiatrischen Gutachten und legte dar, es sei Ermessenssache, ob man die depressive Symptomatik, die Angstproblematik und andere Symptome unter die Borderline-Störung subsummiere und die Alkoholproblematik als eigenständige Komorbidität betrachte oder ob alle als eigenständige Komorbiditäten aufgeführt würden. Der Gutachter widerspreche sich jedoch, wenn er erwähne, dass auch das Alkoholkonsumverhalten als Symptomatik der vorbeschriebenen Persönlichkeitsstörung angesehen werden könne, es aber als eigene komorbide Diagnose aufführe, während er die anderen streiche. Besonders störend sei, dass der Gutachter eine rezidivierende depressive Störung als nicht nachvollziehbar beurteile und gleichzeitig bestätige, dass die medikamentöse Behandlung adäquat erfolge. Es sei bis heute gegen das Grundproblem der Borderline-Störung keine medikamentöse Therapie bekannt und die anerkannte durchgeführte medikamentöse Behandlung richte sich hauptsächlich gegen die depressive Symptomatik und die Angstsymptomatik (S. 2). Die depressive und Angstsymptomatik seien jedenfalls in einem relevanten Ausmass vorhanden, unabhängig davon, ob diese unter die Borderline-Störung subsummiert würden oder als eigenständige Komorbidität zu betrachten seien. Im Weiteren verkenne der Gutachter die Tatsache, dass er nicht der Hausarzt sei und unterstelle ihm eine inkompetente Behandlung. Indessen sei er seit 20 Jahren zu einem grossen Teil psychotherapeutisch- oder psychosomatisch-therapeutisch tätig und habe auch die Berechtigung über die entsprechenden Tarmed-Positionen abzurechnen. Ferner mutmasse der Gutachter, dass eine Behandlung durch störungsspezifische Anteile aus der Suchtbehandlung der behavioralen Therapie gemäss Marsha Linehan helfen könnte, zu einer anhaltenden Besserung beizutragen. In der aktuellen Literatur seien auch andere ähnliche Therapieverfahren teilweise ebenso erfolgreich oder er-

folgreicher und es sei keineswegs erwiesen, sondern rein spekulativ, dass eine strikte Anwendung eines dieser Verfahren bei der Patientin ein wesentlich besseres Ergebnis erzielen würde. Sodann erscheine die Bewertung des Alkoholkonsums als krankheitsfremder Faktor zweifelhaft, da Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit häufige Komorbiditäten einer Borderline-Störung seien. Zweifelhaft sei auch die Aussage, dass die Alkoholabhängigkeit bisher zu keiner irreversiblen Gesundheitsschädigung geführt habe. Man wisse, dass sich der Alkoholkonsum negativ auf die neuronale Plastizität auswirke und einen negativen Einfluss auf die Entwicklung von Depressionen habe (S. 3). Zusammenfassend sei das Gutachten in wesentlichen Punkten nicht schlüssig. Es liege eine krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von aktuell ca. 50% vor (S. 4).

3.1.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. G._____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, gab im Bericht vom 17. November 2017 (AB 83) an, basierend auf den nachvollziehbaren Diagnosen seitens Dr. med. D._____ sei die Ableitung eines Zumutbarkeitsprofils für eine angepasste Tätigkeit ohne Zugriff auf Alkoholika mit einer Präsenzzeit von 100% und einer um 20% reduzierten Leistungsfähigkeit schlüssig.

3.2 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 ei-

nes Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 22. November 2017 (AB 84) massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 18. August 2017 (AB 71.1) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hier vor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Dr. med. D. _____ hat sich in der ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf seine eigene Untersuchung vom 16. Mai 2017 getroffen. Insbesondere diskutierte er auch IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen zu den Einschätzungen von Dr. med. F. _____. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Auf das psychiatrische Gutachten vom 18. August 2017 ist somit abzustellen. Daran vermögen die in der Beschwerde vorgebrachten Einwände nichts zu ändern. Soweit die Beschwerdeführerin die Dauer der Untersuchung rügt und geltend macht, die Beurteilung von Dr. med. D. _____ sei unzutreffend resp. stütze sich allein auf den Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung ab (vgl. Beschwerde S. 6), kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens kommt es in erster Linie darauf an, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies – wie hier – zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend (Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 1. April 2009, 9C_55/2009, E. 3.3 und vom 9. April 2014, 8C_603/2013, E. 4.1). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin hat sich Dr. med. D. _____ zudem nicht nur auf den psychopathologischen Befund seiner Untersuchung vom 16. Mai 2017 gestützt, sondern unter Berücksichtigung der Vorakten zur gesamten Krankheitsentwicklung gutachterlich Stellung genommen. Der Einwand, die Beurteilung von Dr. med. D. _____ sei oberflächlich, trifft damit nicht zu.

3.4 Dr. med. D._____ hat differenziert und nachvollziehbar dargelegt, dass mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10 F60.3) und eine Alkoholabhängigkeitsstörung mit gegenwärtigem Konsum (ICD-10 F10.24) vorliegen (AB 71.1 S. 9 f.). In Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führte er schlüssig und einleuchtend aus, dass der Beschwerdeführerin nach einer deutlichen Reduktion des Alkoholkonsums eine Tätigkeit in der ... oder in einem ... ohne alkoholische Getränke mit einer Präsenzzeit von 100% zugemutet werden kann, wobei aufgrund der Persönlichkeitsstörung eine Minderung der Leistungsfähigkeit um 20% zu berücksichtigen ist (AB 71.1 S. 16). Diese Beurteilung ist nicht nur in sich schlüssig und überzeugend, sondern findet auch Rückhalt in den Akten. Insbesondere korreliert sie mit dem RAD-Arztbericht vom 17. November 2017 (AB 83) und steht im Einklang mit dem Bericht der Abklärungsstelle C._____ vom 13. Dezember 2016, gemäss welchem die Beschwerdeführerin insbesondere bei der Sandwichproduktion eine volle Leistung erreicht hat (AB 56 S. 3). Nichts Gegenteiliges ist dem Austrittsbericht der Klinik E._____ vom 15. Februar 2016 (AB 31) zu entnehmen. Hieran vermögen die Berichte von Dr. med. F._____ vom 9. November 2016 (AB 53) und vom 1. November 2017 (AB 82 S. 2) nichts zu ändern. Soweit Dr. med. F._____ die gutachterliche Diagnosestellung als widersprüchlich bezeichnet (AB 82 S. 2), kann ihm nicht gefolgt werden. Dr. med. D._____ hat einlässlich und plausibel dargelegt, weshalb eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus zu diagnostizieren ist und die rezidivierende depressive Störung sowie die Bulimie unter die genannte Persönlichkeitsstörung zu subsummieren sind. Zudem begründete er im Lichte der betriebsspezifischen und damit krankheitsfremden Aufforderung des animierten Trinkens überzeugend, dass der Alkoholkonsum über ein potenziell selbstschädigendes Verhalten im Rahmen der Persönlichkeitsstörung hinausgeht, weshalb er im Sinne einer Komorbidität zusätzlich die Diagnose der Abhängigkeit von Alkohol gestellt hat (AB 71.1 S. 10 f.). Demgegenüber kann – wie die RAD-Ärztin Dr. med. G._____ nachvollziehbar ausgeführt hat (AB 83 S. 3) – das von Dr. med. F._____ im Zusammenhang mit der Alkoholabhängigkeit erläuterte Frontalhirn-Syndrom weder mit den anamnestischen Angaben noch mit dem blanden psychopathologischen Befund in Übereinstimmung gebracht

werden. Im Weiteren fehlt eine medizinisch nachvollziehbare Begründung der von Dr. med. F. _____ attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit. Vielmehr widerspricht diese Einschätzung dem Faktum, dass die Beschwerdeführerin trotz ihrer Persönlichkeitsstörung, an welcher sie seit jungem Erwachsenenalter leidet, sowohl als ... als auch als ... über Jahrzehnte uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig war (AB 19 S. 2; 71.1 S. 7, 10). Weshalb die Beschwerdeführerin bei zumutbarer Alkoholabstinenz nur noch zu 50% arbeitsfähig sein soll, ist daher nicht nachvollziehbar. Sodann gilt zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Die Berichte von Dr. med. F. _____ ändern damit nichts an der Massgeblichkeit der gutachterlichen Beurteilung.

3.5 Aus dem Dargelegten folgt, dass der Beschwerdeführerin gestützt auf das schlüssige und voll beweiskräftige psychiatrische Gutachten vom 18. August 2017 nach einer deutlichen Reduktion des Alkoholkonsums die Wiederaufnahme einer normalen Arbeitstätigkeit in der ... oder in einem ... ohne Alkoholausschank mit einer Präsenzzeit von 100% zumutbar ist. Zudem hat der Gutachter aufgrund der beruflichen Karriere, dauernd von 1984 bis 2015 (AB 19 S. 2), überzeugend dargelegt, dass die Persönlichkeitsstörung nicht von einer derartigen Schwere ist, dass sie geeignet wäre, das funktionelle Leistungsvermögen zu beeinträchtigen (AB 71.1 S. 10). Wenn er der Beschwerdeführerin dennoch eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20% attestiert (vgl. AB 71.1 S. 16), erweist sich dies als grosszügig und keinesfalls zum Nachteil der Beschwerdeführerin. Es kann dabei offen bleiben, ob die von Dr. med. D. _____ attestierte Leis-

tungsminderung aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht überhaupt zu berücksichtigen ist.

Entgegen dem Antrag in der Beschwerde ist der Sachverhalt hinreichend erstellt, weshalb auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleichs zu ermitteln.

4.

4.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

4.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

Der frühest mögliche Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung der Anmeldung zum Leistungsbezug im November 2015 (AB 14) sowie der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100% seit dem 10. Juli 2015 (AB 53 S. 2 Ziff. 1.6) grundsätzlich der 1. Juli 2016 (Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG). Da die Beschwerdeführerin jedoch zu diesem Zeitpunkt bzw. ab dem 7. Juni bis am 4. Dezember 2016 ein Aufbautraining absolvierte (AB 46 S. 2; 56 S. 2) und währenddessen ein entsprechendes Taggeld bezog (AB 37; 45), entsteht der hypothetische Anspruch erst nach Beendigung des Aufbautrainings im Dezember 2016 (vgl. Art. 29 Abs. 2 IVG sowie E. 2.3 hiervor). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.3.1 Die Beschwerdeführerin war bis am 28. Februar 2015 im H. _____ als ... tätig. Als Kündigungsgrund wurde Krankheit angegeben (AB 22 S. 1 f. Ziff. 1 f.). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen anhand der Lohnangaben der ehemaligen Arbeitgeberin betreffend das Jahr 2015 in der Höhe von Fr. 61'100.-- (Fr. 4'700.-- x 13) festgelegt hat (AB 22 S. 10). Angepasst an die Nominallohnentwicklung per 2016 (Fr. 61'100.-- : 129.9 x 130.9 [Tabelle T1.93, Nominallohnindex 2011-2017, Sektor 3 Dienstleistungen, Index Jahr 2015: 129.9 Punkte, Index Jahr 2016: 130.9 Punkte, abrufbar auf www.bfs.admin.ch]) beträgt das Valideneinkommen Fr. 61'570.--.

4.3.2 Da die Beschwerdeführerin keiner zumutbaren Arbeitstätigkeit nachgeht, ist das Invalideneinkommen aufgrund der LSE festzusetzen. Ihr ist nach den Ausführungen hiervor (vgl. E. 3.5) eine Arbeitstätigkeit in der ... oder auch in einem ... ohne Alkoholausschank mit einer Präsenzzeit von 100% und mit einer (wohlwollend attestierten) Minderung der Leistungsfähigkeit um 20% zumutbar (AB 71.1 S. 16). Ein weitergehender, zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn ist damit von vornherein nicht geboten. Gemäss der LSE 2014, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Tabelle TA1, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Frauen, beträgt das durchschnittliche Einkommen für Hilfsarbeiten über sämtliche Wirtschaftszweige Fr. 4'300.-- pro Monat (Totalwert). Dieses Einkommen ist an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirt-

schaftsabschnitten und Kantonen, Total, 2016) anzupassen und auf das Jahr 2016 zu indexieren (von 128.6 Punkten [2014] auf 130.0 Punkte [2016]; BFS, Tabelle T1.93, Nominallohnindex 2011-2017, Total). Zudem ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführerin eine Minderung der Leistungsfähigkeit um 20% attestiert wurde. Daraus resultiert ein jährliches Einkommen von Fr. 43'503.-- (Fr. 4'300.-- x 12 : 40 x 41.7 : 128.6 x 130.0 - 20%).

4.3.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 61'570.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 43'503.-- resultiert eine Einkommenseinbusse in der Höhe von Fr. 18'067.--, was einen Invaliditätsgrad von gerundet 29% (zur Rundung: BGE 130 V 121 S. 123 E. 3.2 und 3.3) ergibt. Somit besteht kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (vgl. E. 2.3 hier-
vor).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 22. November 2017 (AB 84) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.