

200 18 444 IV
ACT/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. November 2018

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Mai 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1984 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 20. Mai 2016 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 4). Diese forderte sie gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten (AB 38.1) unter Hinweis auf die Rechtsfolgen im Unterlassungsfall zur Intensivierung der psychiatrischen Behandlung sowie zur Durchführung einer Pharmakotherapie auf (AB 44). Nach entsprechenden Abklärungen (AB 50 f., 54) und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 55 f.) wies die IVB das Leistungsgesuch wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht mit Verfügung vom 15. Mai 2018 (AB 57) ab.

B.

Mit Eingabe vom 11. Juni 2018 hat die Versicherte Beschwerde erhoben und sinngemäss beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr seien Leistungen der Invalidenversicherung zuzusprechen. Am 25. Juni 2018 hat sie zudem um unentgeltliche Rechtspflege ersucht und gleichzeitig weitere medizinische Unterlagen ins Recht gelegt (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilagen [BB] 6 f.).

In der Beschwerdeantwort vom 12. September 2018 hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

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 Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 15. Mai 2018 (AB 57). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung und dabei insbesondere, ob die Verwaltung einen Leistungsanspruch zu Recht wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht verneinte.

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 Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Gemäss Art. 7 Abs. 1 IVG muss die versicherte Person 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. Die versicherte Person muss 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, unter anderem an medizinischen Behandlungen nach Art. 25 KVG (Art. 7 Abs. 2 lit. c 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).

Es ist primär Sache des Einzelnen, sich um eine angemessene Eingliederung zu bemühen. Kann eine versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht gar keine Invalidität, womit es an der unabdingbaren Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Invalidenversicherung – auch für Eingliederungsmassnahmen – fehlt. Die Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (BGE 113 V 22 E. 4a S. 28; AHl 2001 S. 282 E. 5a aa; RKUV 1987 U 26 S. 391).

2.3 Die Leistungen können nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 IVG oder nach Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nachgekommen ist (Art. 7b Abs. 1 IVG). Der Tatbestand des Art. 21 Abs. 4 ATSG enthält verschiedene Elemente: Eine vorübergehende oder dauernde Kürzung oder Verweigerung der Leistung wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht setzt Zumutbarkeit der (unterbliebenen) medizinischen Behandlung oder erwerblichen Eingliederung voraus, welche Vorkehr zudem geeignet sein muss, eine wesentliche Steigerung der Erwerbsfähigkeit zu bewirken. Im Weiteren muss sich die versicherte Person einer solchen Massnahme widersetzt oder entzogen oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beigetragen haben; ab welchem Zeitpunkt eine entsprechende Annahme getroffen werden darf, ist von der richtigen Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens abhängig. Im Übrigen muss die Sanktion in ihrer konkreten Gestalt verhältnismässig sein, indem das Kürzungsmass und die voraussichtliche günstige Wirkung der zumutbaren Massnahme auf den Erwerbsschaden einander entsprechen. Eines strikten Beweises, die verweigerte Massnahme hätte tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt, bedarf es nicht, sondern es genügt, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre (SVR 2017 IV Nr. 65 S. 204 E. 2.2 und 4.1.1).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Die Beschwerdeführerin wird seit Januar 2015 von den in derselben Praxis tätigen Dres. med. B. _____ bzw. C. _____, beides Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil. D. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, behandelt. Im Bericht vom 6. April 2016 (AB 20 [=AB 24/10-16; BB 3]) vermerkte die Psychologin als Diagnosen eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), kombinierte Präsentation, schwere Ausprägung (ICD-10: F90.2; DSM-5: 314.01), eine hypochondrische Störung (ICD-10: F45.2) sowie eine Dysthymia (ICD-10:

F34.1). Zur Behandlung der ADHS empfahl sie eine medikamentöse Therapie durch ein Stimulans sowie eine begleitende Psychotherapie.

Dr. med. B. _____ bestätigte die im Bericht vom 6. April 2016 (AB 20) erwähnten Diagnosen am 28. Juli 2016 (AB 24/1-6). Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und prognostizierte, dass die Weiterführung der bisherigen Behandlung (Psycho- und Stimulanzien-Therapie mit Ritalin [10mg täglich]) eine Verbesserung der allgemeinen Verfassung sowie eine Stabilisierung bewirken könne.

3.1.2 Der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 12. August 2016 (AB 26) dieselben Diagnosen auf wie lic. phil. D. _____ und Dr. med. B. _____. Zusätzlich erwähnte er eine im Elektrokardiogramm (EKG) gemessene kurze PQ-Zeit (Dauer vom Beginn der Vorhoferregung bis zum Beginn der Kammererregung; sog. Erregungsüberleitungszeit [vgl. RAINER KLINGE, Das Elektrokardiogramm, 10. Aufl. 2015, S. 43]), die in Abklärung sei und keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Bezüglich der Frage nach der Arbeitsfähigkeit verwies er auf den behandelnden Psychiater.

3.1.3 Im Konsiliarbericht vom 9. September 2016 (AB 51) diagnostizierte Dr. med. F. _____, Facharzt für Kardiologie, hauptsächlich eine kurze PQ-Zeit ohne Delta-Welle (LGL-Pattern), anamnestisch ohne Tachyarrhythmien. Als kardiovaskulären Risikofaktor nannte er einzig den chronischen Dystress wegen Angststörung und psychosozialen Belastungssituationen. Er empfahl eine rhythmologische Beurteilung/Konsultation im Spital I. _____ und erwähnte Bedenken bezüglich des Einsatzes von sympathikomimetischen Substanzen.

3.1.4 Im Administrativgutachten vom 9. Juni 2017 (AB 38.1) hielt Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die nachstehenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (AB 38.1/13 Ziff. 5.1):

- ADHS, schwere Ausprägung (ICD-10: F90.2; DSM-5: 314.01)
- Differentialdiagnose: Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.0)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1)

Der Sachverständige bescheinigte sowohl für die angestammte als auch für eine leidensadaptierte Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit Mai 2009 (AB 38.1/18 f. Ziff. 7.1 f.). Er erklärte unter anderem, die bisherige psychiatrische Therapie sei nicht leitliniengerecht, eine konsequente psychiatrische Behandlung, inklusive einer serumspiegelgesteuerten psychopharmakologischen Therapie, sei erfolgversprechend und medizinisch zumutbar. Es ergebe sich kein Anhalt für eine verminderte Therapieadhärenz, die Verweigerung einer psychopharmakologischen Medikation aus Angst vor einer unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) sei zu einem nicht überwiegenden Anteil krankheitsbedingt (AB 38.1/15 f. Ziff. 6.4.1-6.4.3).

3.1.5 In der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 24. August 2017 (AB 40) vertrat med. pract. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Auffassung, die Expertise von Dr. med. G._____ leide an diversen Mängeln, ein langanhaltender Gesundheitsschaden sei jedoch ausgewiesen. Im Sinne einer Konkretisierung der vom Gutachter vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen empfahl der RAD-Arzt (mit einem Vorlauf von drei bis vier Wochen) eine Psychotherapie mit einer Frequenz von mindestens zwei monatlichen Sitzungen sowie eine Medikation nach Massgabe des behandelnden Psychiaters.

3.1.6 Dr. med. C._____ teilte am 4. Oktober 2017 auf Anfrage der Verwaltung insbesondere mit, die Beschwerdeführerin habe seit Juli 2016 neun von insgesamt 19 vereinbarten Therapiesitzungen bzw. ärztlichen Konsultationen wahrgenommen. Die Absagen seien jeweils wegen somatischer Beschwerden oder aufgrund ausgeprägter Ängste mit fehlender Mobilität erfolgt. Die Beschwerdeführerin lehne nach wie vor angebotene medikamentöse Optionen aus Angst vor einer UAW ab. Eindosierungsversuche seien seitens der Beschwerdeführerin frühzeitig abgebrochen worden, dies trotz detaillierter begleiteter Beratung (AB 43).

3.1.7 Nachdem die Beschwerdeführerin am 11. Oktober 2017 zur Mitwirkung in Form einer ambulanten Behandlung (mit mindestens zwei monatlichen Kontakten zu einem psychiatrischen Facharzt samt medikamentöser Therapie nach dessen Massgabe) aufgefordert worden war (AB 44), orientierte Dr. med. B._____ im Verlaufsbericht vom 8. Februar 2018 (AB 50) darüber, dass eine leitliniengerechte Behandlung bisher nicht zu-

stande gekommen sei, es habe seit dem 9. November 2017 lediglich ein ärztlicher Termin sowie eine Sitzung bei der Psychologin stattgefunden. Die Beschwerdeführerin lehne – insbesondere auch wegen kardiologischer Bedenken – weiterhin eine medikamentöse Behandlung ab. Der Psychiater ging von einem unveränderten Gesundheitszustand aus und attestierte eine fortdauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit.

3.1.8 In Kenntnis des Vorbescheids (AB 55) gaben Dr. med. C. _____ und lic. phil. D. _____ am 9. Mai 2018 unter anderem an, die Beschwerdeführerin habe bisher keine Medikamente eingenommen und die psychotherapeutischen Sitzungen bisher oft nicht wahrgenommen. Die hypochondrischen Ängste hinderten sie an der Einnahme der Medikamente, unter anderem auch wegen schlechter Erfahrungen. Auch die versäumten Termine seien mit den Ängsten zu begründen, die manchmal so stark seien, dass die Beschwerdeführerin sich nicht getraue, das Haus zu verlassen (AB 56 [=BB 6]).

3.2 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 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 Nach der diesbezüglich kohärenten und widerspruchsfreien medizinischen Aktenlage ist der Beschwerdeführerin die von der Beschwerdegegnerin angeordnete Selbsteingliederung (AB 44) aus medizinischer Sicht zumutbar. Dies ergibt sich ohne Weiteres aus den übereinstimmenden Angaben der involvierten Therapeuten und Fachärzte. So empfahl lic. phil. D. _____, ohne hierbei Einschränkungen zu statuieren, bereits im (fachpsychiatrisch visierten) Bericht vom 6. April 2016 (AB 20) die Weiterführung der ambulanten Behandlung samt Medikation mittels Psychostimulanzien

(AB 60/6 in fine). Dr. med. B. _____ bestätigte am 28. Juli 2016 sodann, dass sich die Beschwerdeführerin einer Stimulanzien-Therapie mittels Ritalin unterzog (AB 24/3 f. Ziff. 1.5 und Ziff. 1.8). Im Rahmen der psychiatrischen Exploration vom 9. Juni 2017 führte die Beschwerdeführerin schliesslich aus, sie nehme wegen der Angst vor einer UAW aktuell keine Psychopharmaka mehr ein (AB 38.1/4 Ziff. 3.2), wobei Dr. med. G. _____ diese Angst zu einem nicht überwiegenden Anteil als krankheitsbedingt qualifizierte (AB 38.1/15 Ziff. 6.4.2) und sowohl die ambulante psychiatrische Behandlung als auch die psychopharmakologische Therapie als zumutbar erachtete (AB 38.1/15 Ziff. 6.4.1). Die Kritik des RAD-Arztes an der psychiatrischen Expertise erstreckte sich nicht auf diese Einschätzung, gelangte med. pract. H. _____ in seiner Aktenbeurteilung vom 24. August 2017 doch zum selben Schluss wie der Gutachter (AB 40/4). In diesem Kontext kann folglich offen bleiben, ob das besagte Administrativgutachten in den übrigen Punkten den beweisrechtlichen Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) standhält (vgl. aber zum Ausschluss einer hypochondrischen Störung E. 3.4.1 hiernach) – was die Beschwerdeführerin sinngemäss bestreitet (Beschwerde S. 1 Ziff. 1). In der aktuellsten Stellungnahme von Dr. med. C. _____ und lic. phil. D. _____ vom 9. Mai 2018 (AB 56) wurde die Zumutbarkeit der betreffenden Therapien als solche nicht in Frage gestellt (vgl. dazu auch E. 3.4.1 hiernach).

Die verlangte medizinische Behandlung kann gemäss psychiatrischem Gutachter (AB 38.1/16 Ziff. 6.4.3) zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation führen, ist deshalb auf die angestrebte Eingliederung der Beschwerdeführerin gerichtet und auch insoweit zumutbar (vgl. MONIKA WEHRLI, Selbsteingliederung durch medizinische Behandlungen in der Invalidenversicherung, in MEYER/GÄCHTER [Hrsg.], Schriften zum Sozialversicherungsrecht, 2015, N. 171 ff.). Es ist in diesem Zusammenhang nicht entscheidend, ob überhaupt ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. Zwar wäre bei dessen Fehlen (vgl. E. 5 hiernach) eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit sachlogisch ausgeschlossen, es bestünde aber diesfalls von vornherein kein Leistungsanspruch.

3.4 Es ist aufgrund der Akten erstellt (AB 50/2 f. Ziff. 5 und Ziff. 8, 56/1) und denn auch unbestritten (Beschwerde S. 1 f. Ziff. 2), dass die verlangte

Therapiefrequenz (AB 44) bis zur angefochtenen Verfügung vom 15. Mai 2018 (AB 57), welche den gerichtlichen Überprüfungshorizont markiert (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), nicht eingehalten wurde und die Beschwerdeführerin die Einnahme von Medikamenten verweigerte. Die im Beschwerdeverfahren aufgelegten Terminbestätigungen vom 17. April 2018 bzw. (BB 7/1) bzw. 15. Juni 2018 (BB 7/2) für Behandlungen zwischen 1. Mai und 14. August 2018 vermögen daran nichts zu ändern: Sie betreffen zum allergrössten Teil die Zeit nach dem Verfügungserlass vom 15. Mai 2018 (AB 57) und sind deshalb für das vorliegende Verfahren irrelevant. Abgesehen davon geht den besagten Unterlagen ohnehin jeglicher Beweiswert für die Frage ab, ob die Beschwerdeführerin die entsprechenden Termine auch tatsächlich wahrnahm und sich dabei innerlich engagierte (vgl. WEHRLI, a.a.O., N. 273). Ebenso beweisuntauglich sind die erwähnten Unterlagen in Bezug auf die geforderte Pharmakotherapie.

3.4.1 Dr. med. C._____ und lic. phil. D._____ begründeten die Malcompliance damit, dass die hypochondrischen Ängste die Beschwerdeführerin an der Einnahme der Medikamente hinderten und die Ängste manchmal so stark seien, dass sie das Haus nicht verlassen könne (AB 56/1). Im gleichen Sinne äusserte sich auch die Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 1 f. Ziff. 2). Dies führt im vorliegenden Fall indes nicht zur Unzumutbarkeit der angeordneten Selbsteingliederung, ergeben sich doch aus den Akten keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass phobische Störungen (ICD-10: F40) oder andere Angststörungen (ICD-10: F41) die Beschwerdeführerin am Verlassen des Hauses gehindert hätten. Derartiges erwähnte die behandelnde Psychologin im Bericht vom 6. April 2016 (AB 20) ebenso wenig wie Dr. med. B._____ in jenem vom 28. Juli 2016 (AB 24/1-6). Zudem hielt der Letztere am 8. Februar 2018 fest, die sozialphobischen Ängste hätten diskret abgenommen, während sonst keine nennenswerten Veränderungen bestünden (AB 50/2 Ziff. 4), so dass sich der Sachverhalt nicht veränderte. Soweit die Therapeuten von einer hypochondrischen Störung ausgingen (AB 20/6, 24/1 Ziff. 1.1, 56/1), kontrastiert dies mit den insoweit überzeugenden Ausführungen im psychiatrischen Administrativgutachten (AB 38.1). Dr. med. G._____ zeigte nachvollziehbar auf, dass die diagnostischen Kriterien für eine derartige somatoforme Störung

(vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 228 f.) nicht erfüllt sind (AB 38.1/18 Ziff. 6.8).

3.4.2 Auch die geltend gemachten Herzprobleme (Beschwerde S. 2 f. Ziff. 3) stehen der Therapie nicht entgegen, kann dem Konsiliarbericht des Dr. med. F. _____ vom 9. September 2016 (AB 51) – welcher speziell im Hinblick auf die Beantwortung dieser Frage verfasst wurde (AB 51/2) – doch nichts Entsprechendes entnommen werden. Zwar erwähnte der Kardiologe Bedenken gegenüber dem Einsatz von sympathikomimetischen Substanzen (AB 51/3), wobei auch der Wirkstoff des verordneten Ritalin (Methylphenidat) unter die Sympathikomimetika zu subsumieren (vgl. <www.pharmawiki.ch>, Suchbegriff: «Sympathomimetika») und in der Arzneimittel-Fachinformation von Ritalin zudem eine Kontraindikation bei Herzrhythmusstörungen und vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankungen vermerkt ist (vgl. <www.compendium.ch>, Suchbegriff: Ritalin, Rubrik: Fachinfo). Bei der Beschwerdeführerin besteht indes keine der dort Erwähnten kardiovaskuläre Erkrankungen und im Ruhe-EKG konnten auch keine Herzrhythmusstörungen nachgewiesen werden (AB 51/3). Dass die empfohlene rhythmologische Beurteilung/Konsultation im Spital I. _____ (AB 51/3) nicht durchgeführt wurde, ist wiederum auf die Verweigerung der Beschwerdeführerin zurückzuführen (Beschwerde S. 3 Ziff. 3).

3.5 Nach dem Dargelegten unterzog sich die Beschwerdeführerin nicht der angeordneten Selbsteingliederung in Form der zumutbaren medizinischen Behandlung und verletzte damit ihre Schadenminderungslast. Bei dieser Ausgangslage verneinte die Beschwerdegegnerin, nach korrekt durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren (AB 44; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 7-7b N. 28 ff.), einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung grundsätzlich zu Recht (AB 57; vgl. E. 2.2 f. hiervor).

Fraglich ist jedoch, ab welchem Zeitpunkt diese Rechtsfolge greift. Nach der Praxis des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern ist dafür der hypothetische Eintritt des Behandlungserfolgs der nicht angetretenen Therapie massgebend (BVR 2012 S. 87 ff.; vgl. WEHRLI, a.a.O., N. 292 f.). Denn die Leistungsverweigerung wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht

kann erst greifen, wenn sie sich auswirkt, mithin ein Kausalzusammenhang zwischen Leistungseinschränkung und Unterlassung besteht. Nicht zu überzeugen vermag in dieser Hinsicht die von der Beschwerdegegnerin vertretene Auffassung, wonach kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, soweit durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes möglich sei (Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 7). Denn die Therapierbarkeit eines Gesundheitsschadens für sich allein bedeutet nicht, dass dieser bereits deshalb nicht invalidisierend ist; anders zu entscheiden würde bedeuten, dass beispielsweise bei therapierbaren onkologischen Erkrankungen trotz der regelmässig äussert belastenden Behandlung keine befristeten Leistungen zugesprochen werden könnten. Wie es sich damit verhält, kann jedoch letztlich offen bleiben. Denn in somatischer Hinsicht bestehen keine Gesundheitsschäden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (AB 26/3 Ziff. 1.4), was insbesondere auch hinsichtlich der kardiologischen Beschwerden gilt (AB 51/3 Lemma 3). Folglich besteht allein die Möglichkeit eines psychischen Gesundheitsschadens, wobei die von Dr. med. G. _____ bzw. den behandelnden Ärzten attestierten Einschränkungen einer rechtlichen Beurteilung nicht standhalten (vgl. E. 5 hiernach). Im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten erlaubt das Administrativgutachten – selbst wenn es punktuell mangelbehaftet sein sollte (AB 40/3) – dabei eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren.

4.

4.1 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). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivier-

ten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

4.1.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 428, BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418, E. 7.2 S. 429).

4.1.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig über-

wiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

4.1.3 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren 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 im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3 S. 298) und «Konsistenz» einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). 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 S. 308).

5.

5.1 Bezüglich der durch Dr. med. G. _____ (AB 38.1/13 Ziff. 5.1) und die involvierten Therapeuten (AB 20/6, 24/1 Ziff. 1.1, 26/2 Ziff. 1.1, 50/2) hauptsächlich diagnostizierten ADHS sind die klassifikatorischen Vorgaben der Diagnose ICD-10: F90.2 erfüllt (vgl. E. 4.1.1 hiervor; DILLING et al., a.a.O., S. 359 f. betreffend ICD-10: F90.0, welche Codierung dem in der Originalfassung verwendeten Code ICD-10: F90.2 im Wesentlichen entspricht, wobei allfällige Unterschiede hier nicht wesentlich sind). Der Sachverständige zeigte diverse Diskrepanzen auf, insgesamt ergab sich seines Erachtens jedoch ein konsistentes Bild und er postulierte keine Ausschlussgründe wie Aggravation oder Simulation (AB 38.1/14 f. Ziff. 6.2, 38.1/16 f. Ziff. 6.6; vgl. E. 4.1.2 hiervor); darauf ist abzustellen, auch wenn das Gutachten allenfalls anderweitig mangelhaft sein sollte (AB 40/3). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 4.1.3 hiervor). Als Grundlage der Beurteilung im Lebenssachverhalt können dabei die klaren gutachterlichen Befunde und Feststellungen herangezogen werden, da diese allein Sachverhaltsfeststellungen betreffen und nicht eine vom RAD kritisierte Einschätzung (also ein Werturteil) darstellen.

5.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

5.2.1 Mit Bezug auf den Komplex *Gesundheitsschädigung* (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

5.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Wenngleich vorliegend eine schwere Ausprägung der ADHS diagnostiziert wurde (AB 20/6, 24/1 Ziff. 1.1, 26/2 Ziff. 1.1, 38.1/13 Ziff. 5.1), waren die diagnoserelevanten Befunde im Rahmen der psychiatrischen Exploration insgesamt nicht besonders stark aus-

geprägt. So konstatiert Dr. med. G._____ zwar eine Tendenz zur Selbstbeobachtung körperlicher Vorgänge im Sinne einer Aufmerksamkeitsfokussierung, gleichzeitig hielt er unter anderem jedoch fest, dass die Aufmerksamkeit der Explorandin für die Dauer des 90minütigen klinischen Untersuchungsgesprächs durchgehend habe aufrechterhalten werden können und auch die Konzentration durchgehend ungestört gewesen sei. Bei der Prüfung des Fähigkeits- bzw. Einschränkungspfils nach dem Mini-ICF-Rating (vgl. dazu DÖRFLER/EISENMENGER/LIPPERT/WANDL [Hrsg.], Medizinische Gutachten, 2. Aufl. 2015, S. 96 f.) waren die meisten Items nicht oder höchstens leicht beeinträchtigt, lediglich die Durchhaltefähigkeit war mittelgradig beeinträchtigt (AB 38.1/9 ff. Ziff. 4.1 f.; vgl. auch AB 38.1/15 Ziff. 6.3).

5.2.1.2 Sodann ist auf Verlauf und Ausgang von Therapien (und damit auf Behandlungserfolg bzw. -resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Bis zum hier relevanten Überprüfungszeitpunkt vom 15. Mai 2018 (AB 57; vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) unterzog sich die Beschwerdeführerin noch keiner stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (AB 38.1/4 Ziff. 3.2; vgl. auch AB 50/3 Ziff. 7). Eine Behandlungsresistenz ist nicht ausgewiesen, vielmehr war das Therapiesetting ungenügend und wurde erst im Nachgang zur Begutachtung angepasst, wobei die zumutbaren ambulanten Behandlungen sowie die Medikation verweigert wurde (vgl. E. 3.5 hiavor).

5.2.1.3 Die bisherigen Kriterien der «psychiatrischen Komorbidität» und «körperlichen Begleiterkrankung» wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Wesentliche somatische Beeinträchtigungen sind nicht ausgewiesen (AB 26/3 Ziff. 1.4, 51/3 Lemma 3; vgl. E. 3.5 hiavor) und eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung wurde lediglich im Sinne einer Differentialdiagnose in Betracht gezogen (AB 38.1/13 Ziff. 3.5 und Ziff. 5.1). Eine Wechselwirkung in Bezug auf die

mittelgradige depressive Episode (AB 38.1/13 Ziff. 5.1) wurde nicht erwähnt.

5.2.2 Dafür, dass der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen keine Anhaltspunkte. Wohl ging Dr. med. G._____ differentialdiagnostisch von einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsakzentuierung bzw. -störung aus (AB 38.1/13 Ziff. 3.5 und Ziff. 5.1), diese würde in Anbetracht der diesbezüglichen Befunde (AB 38.1/11 Ziff. 4.2) indes offensichtlich nicht gegen die Überwindbarkeit der Einschränkungen sprechen.

5.2.3 Der Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch weiterhin Ressourcen bereit. So lebt die Beschwerdeführerin mit ihrem Konkubinatspartner zusammen und pflegt Kontakte zu ihrem Vater, der älteren Schwester und zu einer Freundin (AB 38.1/4 f. Ziff. 3.3, 38.1/8 Ziff. 3.10). Der psychiatrische Gutachter eruierte ausdrücklich keinen sozialen Rückzug (AB 38.1/4 Ziff. 3.1).

5.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie «Konsistenz». Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

5.3.1 Es besteht keine *Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen* (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung gab die Beschwerdeführerin an, sie gehe einkaufen, erledige Hausarbeiten, koche und esse zusammen mit ihrem Lebenspartner, sehe fern, lese gerne Horror-Romane (bei spannenden Büchern lese sie bis ca. 200 Seiten an zwei Tagen) und bastle gerne Fimo-Figuren (AB 38.1/6 f. Ziff. 3.10). Damit ist sie in der Lage, im Rahmen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) Ressourcen zu mobilisieren, während sie sich gleichzeitig in der letzten Tätigkeit als maximal 20 % arbeitsfähig erachtet (AB 38.1/6 Ziff. 3.7).

5.3.2 Die *Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen* (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) spricht für einen geringen Leidensdruck. Im Zusam-

menhang mit den psychiatrischen Beschwerden erfolgte nie eine Hospitalisation (AB 38.1/4 Ziff. 3.2) und auch nach der entsprechenden Aufforderung zur Selbsteingliederung (AB 44) blieb die Therapiefrequenz der ambulanten Behandlungen ungenügend und fand keine Pharmakotherapie statt, dies trotz fehlendem Anhalt für eine krankheitsbedingte Non-Adherence (vgl. E. 3.5 hiervor). Dass die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben die Therapien wegen ihrer Ängste nicht durchführen kann (Beschwerde S. 2 f. Ziff. 2), vermag daran nichts zu ändern, denn diese Behauptung findet nach dem Gesagten in den medizinischen Akten keinen Rückhalt (vgl. E. 3.4.1 hiervor).

5.4 In der Gesamtbetrachtung fehlt es am erforderlichen funktionellen Schweregrad der psychischen Diagnosen. Vor diesem Hintergrund ist auf die ärztlicherseits aus rein medizinischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Optik nicht abzustellen.

5.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin zu Recht wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht abwies und die Letztere im Übrigen mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens aus materiellen Gründen auch keinen Anspruch auf befristete Leistungen hat. Die Verfügung vom 15. Mai 2018 (AB 57) ist folglich nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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.

Im vorliegenden Fall sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

6.3 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. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG).

Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (BB 8; vgl. auch AB 28/1, 38.1/6 Ziff. 3.9). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist demnach gutzuheissen. Somit ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) i.V.m. Art. 113 VRPG – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

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 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):

- A. _____
- 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.