

200 18 469 IV
SCP/REL/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. August 2018

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Bischof

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Mai 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1965 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 20. Juni 2017 unter Hinweis auf eine posttraumatische Belastungsstörung nach dem Tod ihrer Tochter im Jahr 2002, Schmerzen am ganzen Körper, Schlaflosigkeit/totale Erschöpfung, Angstzustände, Konzentrationsschwierigkeiten, Mangel an Eisen und wichtigen Vitaminen, Zittern, Doppelsehen und starken Kopfschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 4). Die IVB nahm Abklärungen in beruflicher und medizinischer Hinsicht vor und liess ein psychiatrisches Gutachten erstellen (AB 23 bzw. AB 29). Gestützt auf das entsprechende Gutachten vom 22. Februar 2018 (AB 39.1) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 28. März 2018 (AB 40) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte mit Einwand vom 16. April 2018 (AB 44) nicht einverstanden, reichte eine Stellungnahme der behandelnden Ärzte zu den Akten und beantragte die Gewährung von Eingliederungsmassnahmen und einer Rentenprüfung nach Abschluss der beruflichen Massnahmen. Am 23. Mai 2018 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend und wies das Leistungsbegehren ab (AB 47).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte am 23. Juni 2018 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Sie beantragt die Gewährung von „auf ihre gesundheitliche und invalidisierende Problematik zugeschnittenen, fachkompetenten Eingliederungsmassnahmen“. Zudem sei auf die Auferlegung von Verfahrenskosten zu verzichten. Am 9. Juli 2018 leistete sie den Kostenvorschuss von Fr. 800.– „zwecks Einhaltung der Frist“ (vgl. Aktennotiz vom 16./17. Juli 2018).

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Juli 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 24. Juli 2018 gewährte der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin eine Frist zur Einreichung von Schlussbemerkungen und/oder eines Gesuches um unentgeltliche Prozessführung und der entsprechenden Unterlagen. Diese Frist verstrich ungenutzt.

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 23. Mai 2018 (AB 47). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV; zu Gunsten der nicht vertretenen Beschwerdeführerin erfolgt

hier keine Beschränkung des Streitgegenstandes auf berufliche Massnahmen (vgl. BGE 125 V 413 E. 1b S. 414 f.).

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).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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 (IV-Grad) von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

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. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Die Anerkennung eines rentenbegründenden IV-Grades 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).

2.4 Um den IV-Grad 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 der Beschwerdeführerin ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 20. Mai 2017 zu Händen der zuständigen Taggeldversicherung der Beschwerdeführerin

(AB 2.2) konnte Dr. med. B._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine eigenständige primär psychische Störung mit Krankheitswert erheben (S. 10). Es sei fraglich, ob in den Wochen zuvor die Beschwerden den Ausprägungsgrad und die Dauer angenommen hätten, um von einer krankheitswertigen Symptomatik auszugehen. Dann wäre als Diagnose am ehesten eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) im Sinne einer depressiven Reaktion zu diagnostizieren gewesen. Aktuell sei die Beschwerdeführerin jedoch als arbeitsfähig zu betrachten. Der Umstand, dass einer der Belastungsfaktoren in der Arbeitsplatzstelle lag, sei eindeutig als krankheitsfremder Faktor zu bezeichnen (S. 9). Selbst für den Fall, dass eine krankheitswertige Symptomatik aufgetreten sei – was vom unterzeichnenden Psychiater im Hinblick auf die Krankheitswertigkeit so nicht nachvollzogen werde – so sei aus versicherungsmedizinischer Sicht allenfalls von einer Minderung der Arbeitsfähigkeit über maximal einige Wochen von Januar 2017 bis Ende März 2017 auszugehen (S. 10). Aktuell sei die Beschwerdeführerin als wieder (weitgehend) arbeitsfähig zu bezeichnen. Es liege weder eine akute psychiatrische Erkrankung noch eine psychische Gesundheitsschädigung vor (S. 11).

3.1.2 Der leitende Arzt med. pract. C._____, praktischer Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und die Psychologin D._____ der psychiatrischen Dienste E._____ nannten in ihrem Bericht vom 19. Juli 2017 (AB 18) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), aktuelle Episode seit Sommer 2016, und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) seit 2002 als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Nach einer ersten depressiven Episode nach dem Unfalltod der Tochter 2002 habe die Beschwerdeführerin eine posttraumatische Symptomatik entwickelt, die bis heute vorhanden sei (S. 2). Diese posttraumatische Symptomatik habe in den letzten Jahren im Zusammenhang mit Triggern und dem Stressniveau der Beschwerdeführerin geschwankt. Zirka im Sommer 2016 sei es zu einer allmählichen Entwicklung einer erneuten depressiven Episode gekommen. In der Zeit vom 8. Februar 2017 bis zum 31. Juli 2017 wurde eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 5). Gegenwärtig seien alle Aufgaben unzumutbar, die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, Tätigkeiten mit Leistungsan-

spruch aufzunehmen. Zurzeit befinde sie sich in einer tagesklinischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung.

3.1.3 Im Verlaufsbericht vom 26. Oktober 2017 (AB 33 S. 3 ff.) hielten Dr. med. C._____ und die Psychologin D._____ fest, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe und die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), nun teilremittiert sei. Die depressive Symptomatik habe deutlich reduziert werden können, es seien zum aktuellen Zeitpunkt noch eine erhöhte Ermüdbarkeit sowie Konzentrationsstörungen vorhanden. Die posttraumatische Symptomatik habe durch traumafokussierte Interventionen reduziert werden können, bei Triggern könnten weiterhin starke Gefühlsaktivierungen erfolgen. Bis zum 19. November 2017 sei von der Tagesklinik eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, ab dem 20. November 2017 scheine eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 % realistisch (S. 4).

3.1.4 Im Gutachten vom 22. Februar 2018 (AB 39.1) diagnostizierte Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.01 bzw. F33.11), eine subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit leistungsorientierten Anteilen (ICD-10: Z73.1 [S. 33]). Die Persönlichkeitsakzentuierung per se sei nicht als krankheitswertig bzw. als Normvariante anzusehen. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bereits in früheren Jahren (zumindest 2002) ein depressives Störungsbild gezeigt haben dürfte, welches behandlungsbedürftig gewesen sei, und im Längsschnitt sei von einem Verlauf mit mehreren depressiven Zustandsbildern bzw. Episoden auszugehen (S. 32). Längsschnittdiagnostisch könne also von einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33) bzw. nosologisch von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.01 bzw. F33.11), ausgegangen werden, was im Übrigen aktenkongruent sei. Die depressive Entwicklung sah der Gutachter nicht nur im Kontext grosser Verluste bzw. insbesondere des Verlusts der Tochter, wie auch der Arbeitsstelle Ende 2016, sondern auch im Zusammenhang mit den auffälligen

Persönlichkeitsmerkmalen einer hohen Leistungsbereitschaft, einem grossen Leistungswillen, einer Tendenz sich selber zu übernehmen und einem hohen Gerechtigkeitsinn (S. 27). Diese auffälligen Persönlichkeitsmerkmale seien im Sinne einer Normvariante bzw. als akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) mit insbesondere hoher Leistungsorientierung zu verorten. Im Zusammenhang mit dem traumatischen Verlust der Tochter im Jahr 2002 und einer wahrscheinlichen Retraumatisierung im Zusammenhang mit dem schwer anmutenden Autounfall des Sohnes im Februar 2016 stelle sich die Frage einer Traumafolgestörung bzw. einer posttraumatischen Belastungsstörung (S. 32). Insbesondere aufgrund des Fehlens von Nachhallerinnerungen könne nicht von einem Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden, diagnostisch solle vielmehr eine subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) festgehalten werden (S. 33). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, dass von Seiten der Persönlichkeitsakzentuierung per se keine Einschränkung zu erwarten sei, allerdings könne diese eine depressive Entwicklung bzw. Akzentuierung begünstigen (S. 35). Einschränkend für die Arbeitsfähigkeit seien hingegen die Befunde im Kontext der depressiven Störung. Vor allem die psychomotorische und gedankliche Verlangsamung und die Antriebsstörung mit vorzeitiger Erschöpfbarkeit würden die Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht beeinträchtigen. Angesichts des Fehlens kognitiver Störungen seien keine relevanten Einschränkungen in qualitativer Hinsicht zu erwarten. Aufgrund der unauffälligen Tagesgestaltung mit keinen erschöpfungsbedingten Pausen zu Hause sei davon auszugehen, dass aktuell ein Arbeitspensum von 60 % realistisch sein sollte, wenn dieses auf fünf Tage pro Woche verteilt werde. Zusammenfassend bestehe bezüglich einer Leitungsfunktion eine volle Arbeitsunfähigkeit, für eine Tätigkeit ohne Leitungsfunktion in den Bereichen Hauswirtschaft oder als Verkäuferin sei von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen (S. 36). Unter Optimierung der Behandlung und unter Einbezug der Behandlung sollte diese schrittweise alle zwei bis drei Monate um 10 % erhöht werden können, wobei eine Arbeitsfähigkeit von 80 % binnen eines halben Jahres realistisch sein dürfe. Bezüglich des Verlaufs könne auf die Daten der Behandlung abgestellt werden, so dass vom 8. Februar 2017 bis zum 19. November 2017 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit, ab dem

20. November 2017 von einer 50 % Arbeitsfähigkeit und ab Datum des Gutachtens von einer solchen von 60 % auszugehen sei.

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2018 (AB 47) auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 22. Februar 2018 (AB 39.1) gestützt. Dieses Gutachten erfüllt im Grundsatz die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet, so dass grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

3.3.1 Soweit der Gutachter allerdings eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.01 bzw. F33.11 [AB 39.1 S. 32]), festhält und hieraus eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ableitet (S. 35 f.), ist dies bereits hinsichtlich der Diagnosestellung nicht nachvollziehbar. Denn der psychiatrische Gutachter der zuständigen Taggeldversicherung Dr. med. B._____ hat aufgrund der bereits im Frühjahr 2017 erhobenen psychopathologischen Befunde in seinem Gutachten vom 20. Mai 2017 (AB 2.2) die Diagnose einer Depression mit nachvollziehbarer Begründung verneint (S. 8 f.), was überzeugt. Daran ändert entgegen den Ausführungen des Psychiaters des Regionalen Ärztlichen Dienstes (vgl. AB 22 S. 2) nichts, dass Dr. med. B._____ über keine früheren medizinischen Berichte der zuvor behandelnden Ärzte verfügte, sagen doch solche über den aktuellen Befund nichts aus. Und die Aufnahme der Behandlung in der Tagesklinik der psychiatrischen Dienste E._____ erfolgte erst am 29. Mai 2017 (vgl. AB 18 S. 3), mithin zwei Monate nach der Begutachtung durch Dr. med. B._____, weshalb ihm die entsprechenden Berichte gar nicht vorliegen konnten. Ein halbes Jahr nach der Begutachtung durch Dr. med. B._____ – und damit kurze Zeit vor der Untersuchung durch Dr. med. F._____ – haben die behandelnden Ärzte der psychiatrischen Dienste E._____ im Bericht vom 26. Oktober 2017 (AB 33 S. 3 ff.) gar festgehalten, dass die depressive Symptomatik durch psychologische Gespräche und ohne psychiatrische Medikation deutlich habe reduziert werden können und neben Konzentrationsstörungen lediglich noch eine erhöhte Ermüdbarkeit vorhanden sei. Anlässlich seiner Begutachtung konnte Dr. med. F._____ denn auch keine kognitiven Störungen mehr feststellen, womit von einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in qualitativer Hinsicht nicht auszugehen ist (AB 39.1 S. 35). Dass die Beschwerdeführerin unter Stimmungsschwankungen leidet, ändert daran nichts. Einerseits wirken sich diese nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Andererseits ist mit dem Gutachter davon auszugehen, dass eine Behandlung erforderlich (und auch zumutbar) ist (S. 34): Im Rahmen der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht kann somit eine entsprechende Behandlungsmassnahme von der Beschwerdeführerin gefordert werden, liegt doch die (Rest)Symptomatik der depressiven Störung gemäss dem psychiatrischen Gutachter einzig noch in einer psychomotorischen

und gedanklichen Verlangsamung und Antriebsstörung mit vorzeitiger Erschöpfbarkeit (S. 35). Eine solche lässt sich gerichtsnotorisch medikamentös ohne weiteres behandeln und es kann damit eine rasche Steigerung der Arbeitsfähigkeit auch in quantitativer Hinsicht erwartet werden, wie dies Dr. med. F._____ im Gutachten festhält (S. 35 f). Entgegen der Auffassung der behandelnden Ärzte und der behandelnden Psychologin in ihrer Stellungnahme vom 11. April 2018 (AB 44 S. 3 f.) zum Einwand gegen den Vorbescheid vom 16. April 2018 (AB 44) ist es denn unter den gegebenen Umständen mit Bezug auf die von der Beschwerdeführerin beanspruchten Leistungen der IV auch nicht ihre Sache als Patientin, nach eigenem Gutdünken und dem jeweils gerade vorliegenden Befinden zu bestimmen, welche Therapiemassnahmen für sie selber geeignet und ausreichend sind.

3.3.2 Dass der Gutachter Dr. med. F._____ zudem die von den behandelnden Ärzten und der Psychologin der psychiatrischen Dienste E._____ (AB 18 und AB 33 S. 3 ff.) gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne der ICD-10 F43.1 übernimmt und diese unter die Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit subsumiert, ist nicht uneingeschränkt nachvollziehbar. Zwar führt der Gutachter diese Diagnose mit dem Zusatz „subsyndromal“ auf und hält fest, dass insbesondere aufgrund des Fehlens von Nachhallerinnerungen nicht von einem Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden kann (AB 39.1 S. 33). Weshalb er dieser Diagnose dann aber einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumisst, ist nicht schlüssig, denn er räumt dieser – anders als etwa den akzentuierten Persönlichkeitszügen – keine Wechselwirkung ein (vgl. S. 39 i.V.m. S. 33). Insoweit ist auch auf das Gutachten von Dr. med. B._____ vom 20. Mai 2017 (AB 2.2 S. 8 f.) hinzuweisen, in welchem der Ertrinkungstod der Tochter im Alter von drei Jahren durchaus als ein die Beschwerdeführerin besonders belastendes Ereignis gewürdigt wird, indessen die daraus abgeleiteten Einflüsse und Reaktionen nicht als relevant zur Stellung der eigenständigen Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung erachtet werden. Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 19. Juli 2018 richtig festhält, ist eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss den diagnostischen Leitlinien der internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 (DIL-

LING/MOMBOUR/SCHMIDT [HRSG.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 ff.) innerhalb eines halben Jahres seit dem traumatisierenden Ereignis zu diagnostizieren. Seit dem Ertrinkungstod der Tochter sind mehr als fünfzehn Jahre vergangen, weshalb nicht nachvollziehbar ist, dass entgegen der diagnostischen Leitlinien zu Beginn des Jahres 2018 eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wird. Es war der Beschwerdeführerin zudem trotz dieses Ereignisses während vieler Jahre möglich, voll erwerbstätig zu sein (vgl. AB 8 S. 3). Das Unfallereignis ihres Sohnes im Jahr 2016, welcher mit dem Auto verunfallt und in einen Fluss gestürzt ist, war sodann höchstens geeignet, im Rahmen einer Anpassungsstörung oder einer anderweitigen depressiven Reaktion (ICD-10: F43) das mehrere Jahr zuvor Erlebte vorübergehend wieder zu aktivieren, wie Dr. med. B._____ überzeugend festgehalten hat (vgl. dazu AB 2.2 S. 9). Von einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ist vorliegend deshalb nicht auszugehen.

3.4 Selbst wenn mit dem psychiatrischen Gutachter aufgrund der von ihm diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.01 bzw. ICD-10: 33.01), von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % (mit einer als realistisch bezeichneten Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 80 % binnen eines halben Jahres) ausgegangen würde (AB 39.1 S. 36), könnte ihm rechtlich nicht ohne weiteres gefolgt werden. Vielmehr ist unter dieser Prämisse die rechtliche Ausgewiesenheit der attestierten Arbeitsunfähigkeit nach Massgabe der einschlägigen Indikatoren zu prüfen (vgl. E. 2.3 hiervor).

3.4.1 Vorab ist festzuhalten, dass hier keine Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegen (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49). Insbesondere fand der Gutachter keine Hinweise auf Aggravation und ähnliche Erscheinungen (AB 39.1 S. 37).

3.4.2 Zum Komplex *Gesundheitsschädigung* ist – was die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) – festzuhalten, dass das depressive Geschehen

gemäss dem grundsätzlich beweiskräftigen psychiatrischen Gutachten vom 22. Februar 2018 (AB 39.1) nur leicht bis mittelgradig ausgeprägt ist (S. 32), was im Lichte der Untersuchungsbefunde sowie des geschilderten Tagesablaufs bzw. der Aktivitäten (S. 20 f.) überzeugt. Das Beschwerdebild der posttraumatischen Belastungsstörung wurde bereits vom Gutachter nur als subsyndromale Diagnose festgehalten (S. 32) und kann versicherungsrechtlich nicht als eigene Diagnose berücksichtigt werden (vgl. E. 3.3.2 vorstehend). Die zudem diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge sind gemäss dem psychiatrischen Gutachter im Sinne einer Normvariante zu verorten und haben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 39.1 S. 27). Wie die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2018 (AB 47 S. 2) zu Recht festhält, sind die diagnostizierten Befunde und Symptome nur leicht bis maximal mittelgradig ausgeprägt.

Bezüglich „Behandlungserfolg bzw. -resistenz“ (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist anzumerken, dass der psychiatrische Gutachter eine Weiterführung der bestehenden psychotherapeutischen Behandlung empfiehlt (AB 39.1 S. 34). Daneben sei eine medikamentöse Therapie erforderlich und diese der Beschwerdeführerin durchaus zumutbar. Eine Therapieresistenz ist damit nicht gegeben.

Hinsichtlich des Indikators der „Komorbiditäten“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) hat sich gezeigt, dass die Diagnose der subsyndromal diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung nicht zu berücksichtigen ist (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Bei den daneben von Dr. med. F. _____ diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) handelt es sich um eine Diagnose aus der Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10 Klassifikations-Systems; gemäss Gutachter (AB 39.1 S. 27 und S. 22) ist sie mit einer hohen Leistungsorientierung verbunden, womit der Störung keine ressourcenhemmende Wirkung zukommt und diese keine rechtlich bedeutsame Komorbidität darstellt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. Mai 2018, 9C_899/2017, E. 4.2.3).

3.4.3 Dafür, dass bei der Beschwerdeführerin der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen keine Anhaltspunkte. Insbesondere liegt keine Persönlichkeitsstörung vor, sondern allein akzentuierte Persönlichkeitszüge, welche als Z-

Diagnosen nicht ressourcenhemmend sind (vgl. E. 3.4.2 hiavor). Wie die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2018 (AB 47) richtig ausführt, verfügt die Beschwerdeführerin mit ihrer Arbeitsmotivation, ihrer guten und vielseitigen Ausbildung und der langjährigen Berufserfahrung in verschiedenen Berufszweigen über gute Ressourcen.

3.4.4 Zum Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzuhalten, dass dieser bei der Beschwerdeführerin objektiv und subjektiv geordnet ist: Sie lebt in einer stabilen Beziehung, pflegt rege soziale Kontakte, besorgt den Haushalt selbstständig und geht verschiedenen Hobbies nach (AB 39.1 S. 21). Damit bestehen durchaus mobilisierende Ressourcen, auf welche die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann.

3.4.5 Zusammenfassend fehlt es nach dem Dargelegten in der Gesamtbetrachtung an den erforderlichen funktionellen Auswirkungen der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung. So zeigt die Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 im Komplex Gesundheitsschaden (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Komorbidität; Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. -resistenz) keine negative Beeinflussung. Vielmehr sind sich die behandelnden Ärzte und auch der psychiatrische Gutachter einig, dass die psychiatrische Behandlung weitergeführt werden sollte (AB 18 S. 4 und AB 39.1 S. 34) und es liegen keine einschränkenden Komorbiditäten vor (vgl. E. 3.4.2 hiavor). Die Beschwerdeführerin verfügt im Bereich des sozialen Kontexts über genügend Ressourcen zur medizinisch zumutbaren Willensanstrengung zur Bewältigung dieser Defizite. Eine Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) erübrigt sich vor diesem Hintergrund (vgl. Entscheid des BGer vom 21. April 2016, 9C_367/2015, E. 4).

4.

Nach dem Dargelegten fehlt es bei der Beschwerdeführerin an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden, weshalb sie weder einen Anspruch auf eine IV-Rente noch auf Eingliederungsmassnahmen hat. Die angefochtene Verfügung vom 23. Mai 2018 (AB 47) ist deshalb nicht zu beanstanden. Die

dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist 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, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.–, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder die Beschwerdeführerin (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

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):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern

- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.