200 20 596 IV
SCP/BRO/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. Dezember 2020

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Brunner

A._____
vertreten durch B._____, Rechtsdienst, Rechtsanwalt C._____

Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 16. Juni 2020

Sachverhalt:

A.

Die 1982 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im April 2017 unter Hinweis auf eine Depression, eine bipolare Störung und eine ADHS bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). In der Folge tätigte die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen; namentlich veranlasste sie eine versicherungspsychiatrische Begutachtung (AB 83, 89.1), gestützt worauf sie mit Vorbescheid vom 16. Januar 2020 (AB 91) die Ablehnung des Rentenanspruchs in Aussicht stellte. Dies mit der Begründung, es bestehe kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne. Nach erhobenem Einwand (AB 97, 100) holte die IVB eine Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) ein (AB 102) und verfügte am 16. Juni 2020 wie angekündigt (AB 103).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt C._____ von B._____, am 18. August 2020 Beschwerde. Sie stellt folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 16. Juni 2020 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei eine Invalidenrente zuzusprechen.
3. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und sie sei von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen zu befreien. Zudem sei ihr die unentgeltliche Rechtsverbeiständung durch den Unterzeichnenden zu gewähren.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Eingabe vom 2. September 2020 reichte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme von Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. E._____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, vom 26. August 2020 zu den Akten. Zudem beantragt sie die Kostenübernahmen für den beigelegten Bericht.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. September 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 6. Oktober 2020 reichte die Beschwerdeführerin unaufgefordert ein Schreiben des Zentrums F._____ beim Gericht ein.

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 Verwal-

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 16. Juni 2020 (AB 103). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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 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 Gesundheits-

beeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

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 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustandes im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Sommer 2013 wurde die Beschwerdeführerin auf das Bestehen eines ADHS untersucht. Im Bericht des Spitals G._____ vom 20. September 2013 (AB 115 S. 50 ff.) hielt lic. phil. H._____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, fest, eine generelle Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörung könne nicht objektiviert werden und es gebe keine Hinweise für eine neuro(bio)logische Erkrankung. Letztlich wurde eine „ADS nach Wender Reimherr“ diagnostiziert mit dem Vermerk, dass dies in weiten Teilen einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung nach ICD-10

F90.0 entspreche bis auf das Kriterium „in der frühen Kindheit vorhanden“, welches retrospektiv verneint werde, sich jedoch dezente Hinweise darauf in einem Schulzeugnis fänden (AB 115 S. 52).

3.1.2 Vom 13. Juli bis 21. August 2015 befand sich die Beschwerdeführerin wegen vorgängigen längerdauernden Streitigkeiten im sozialen Umfeld mit zunehmender Ängstlichkeit, schwerer Schlafstörung sowie Gewichtsabnahme (AB 115 S. 38) in teilstationärer Behandlung in der Tagesklinik Q._____ im Spital G._____. Im Austrittsbericht vom 26. August 2015 (AB 115 S. 38 ff.) wurden als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei Problemen in Bezug auf den engeren Familienkreis (ICD-10 Z63; Besuchsrechtsstreit mit dem Kindsvater) und ein ADS (ICD-10 F90.0) genannt (AB 115 S. 38 Ziff. 1).

3.1.3 Vom 26. Oktober bis 24. Dezember 2015 war die Beschwerdeführerin sodann in teilstationärer, psychotherapeutischer Behandlung in der Tagesklinik des Spitals G._____. Im Austrittsbericht vom 29. Januar 2016 (AB 25 S. 7 ff.) wurden folgende Diagnosen aufgeführt (AB 25 S. 7):

- Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion, gemischt (ICD-10 F43.22) bei
- Psychosozialer Belastungssituation durch seit 2014 bestehendem Konflikt mit dem Kindsvater (ICD-10 Z63) sowie nach Gewaltandrohung (11/2015) und Einbruch (12/2015 [ICD-10 Z65])
- Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73)
- Anamnestisch ADS (ICD-10 F90.0), 2013 lic. phil. A. H._____

Die bei Eintritt in die Tagesklinik vorliegende leicht depressive Symptomatik, welche jedoch nicht vollständig die Kriterien einer depressiven Episode erfülle, sowie die ausgeprägt ängstlich-verunsicherte Symptomatik würden diagnostisch als Anpassungsstörung bei schon länger bestehendem Sorgerechtskonflikt beurteilt. Die sich im Rahmen der weiteren Ereignisse verschlimmernden Symptome könnten im Sinne einer akuten Belastungsreaktion interpretiert werden. Ungeklärt sei geblieben, in welchem Zusammenhang die gezeigte Symptomatik mit dem diagnostizierten ADS oder einer zusätzlichen Persönlichkeitsakzentuierung stehe (AB 25 S. 9).

3.1.4 Ende Dezember 2015 begab sich die Beschwerdeführerin sodann für 88 Tage in stationäre Behandlung ins Zentrum F._____. Im Austrittsbericht vom 25. April 2016 (AB 115 S. 32 ff.) nannten Assistenzärztin Dr. med. I._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und med. pract. J._____ als Diagnosen unter anderem eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) mit Angstreaktion und depressiver Symptomatik, differentialdiagnostisch eine Traumafolgestörung (Traumatisierungen, Gewalt in der Geschichte), eine ADHS (ICD-10 F90.0) sowie eine anhaltende Tachykardie, differentialdiagnostisch medikamentös bedingt (AB 115 S. 32).

3.1.5 Nach einem weiteren stationären Aufenthalt im Zentrum F._____ Ende 2016/Anfang 2017 wurde im Austrittsbericht vom 15. Februar 2017 (AB 5) ausgeführt, während des Aufenthaltes habe sich im Rahmen eines Diagnostikinterviews (Mini international neuropsychiatric interview, M.I.N.I.) und weiterer diagnostischer Exploration herausgestellt, dass die Patientin vor Beginn der aktuellen depressiven Episode vor zwei Jahren mehrere hypomanische Phasen erlebt habe. Diese seien begleitet worden von erhöhtem Antrieb und Aktivität, vermindertem Schlafbedürfnis (4 h während mehreren Wochen) und übertriebenen Geldausgaben bis zur Verschuldung. Somit werde von einer bipolaren II Störung (ICD-10 F31.80) mit mehreren hypomanischen und depressiven Episoden ausgegangen (AB 5 S. 4). Demnach wurden folgende Austrittsdiagnosen aufgeführt (AB 5 S. 1):

- Bipolare II Störung (ICD-10 F31.80, M.I.N.I. validiert), gegenwärtig leichte depressive Episode
  - letzte hypomanische Episode vor zwei Jahren
  - seit zwei Jahren tiefe Grundstimmung mit ausgeprägten rezidivierenden Tiefs, die über Wochen anhalten
- ADHS (ICD-10 F90.0)

3.1.6 Nach einer weiteren teilstationären Behandlung vom 6. März bis 13. April 2017 in der Tagesklinik Q._____ (AB 25 S. 5) und vom 24. April bis 14. Juli 2017 in der Tagesklinik des Spitals G._____ (AB 27 S. 1), wurde die Beschwerdeführerin am 27. November 2017 zum Einholen einer Zweitmeinung in den psychiatrischen Diensten K._____

vorstellig, da sich Dr. med. D._____ und lic. phil. E._____ die differentialdiagnostische Frage einer „Schizophrenia simplex“ stellten (vgl. AB 115 S. 6). Im Bericht vom 18. Dezember 2017 (AB 31 S. 2 ff.) führten Prof. Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Assistenzärztin med. pract. M._____, aus, dass sich anamnestisch Hinweise auf mehrere hypomane Episoden in der Vergangenheit zeigten, auch wenn seit 2015 eine depressive Symptomatik vorliege. Bei vorhandenen Stimmungsveränderungen und Veränderungen der Aktivität sowohl in gehobener als auch in deprimierter Richtung, seien die Kriterien der bipolaren affektiven Störung erfüllt (AB 31 S. 2). Das von der Patientin beschriebene Gedankendrängen sei wohl im Rahmen der Diagnose einer ADHS zu interpretieren. Im Zeitpunkt der Untersuchung zeigten sich nicht die charakteristischen Störungen im Denken und Wahrnehmen, die bei einer Störung des Schizophreniespektrums zu erwarten wären. Die psychopathologischen Phänomene sollten jedoch weiterhin beobachtet werden. Insbesondere bedürfe es einer Evaluation, nachdem eine Remission des depressiven Syndroms erreicht worden sei (AB 31 S. 3).

3.1.7 Am 18. Juni 2018 trat die Beschwerdeführerin freiwillig und geplant in den offen geführten Kriseninterventionsbereich der Klinik N._____ ein. Im Austrittsbericht vom 24. Juli 2018 (AB 53) nannte PD Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F31.3), und eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0 [AB 53 S. 1]).

3.1.8 Weiter war die Beschwerdeführerin vom 6. November 2018 bis 1. März 2019 erneut im Zentrum F._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 25. März 2019 (AB 65 S. 2 ff.) wurden folgende Diagnosen aufgeführt (AB 65 S. 2 f.):

1. Fragliche bipolare II Störung, gegenwärtig fluktuierende schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F31.4)
   - letzte hypomanische Episode vor vier Jahren – allenfalls substanzinduziert?
   - seit zwei Jahren subjektiv tiefe Grundstimmung mit ausgeprägten rezidivierenden Tiefs, die über Wochen anhalten, Gefühllosigkeit

- starke Antriebslosigkeit, ausgeprägtes Morgentief
- Ein- und Durchschlafstörung

Sozial:

- drei (12, 10, 6-jährig) Kinder leben bei Pflegefamilie
- ambulantes Setting mit Spitex und Psychologin
- vom Kindsvater getrennt, schwierige Situation, Besuchsbeistand Frau R._____/SD … regle Kontakt mit Vater
- Anforderungen des Alltags zuletzt nicht mehr bewältigbar

DD Traumafolgestörung

- klagt über Flashbacks, kennt viele Trigger
- sehr schreckhaft, schnell in Angst
- emotionale Vernachlässigung durch eigene Mutter

2. ADHS in … diagnostiziert (ICD-10 F90.0)
   - mit seltenem Abusus von MDMA und Kokain

3. Epileptischer Anfall Juni 2018 nach Einnahme von Truxal 500 mg
   - gemäss Akten der Klinik N._____ blandes EEG (Elektroenzephalografie)
   - aktuell pathologisches EEG (intermittierender Herd links centroparietal), aktuelles MRI ohne pathologischen Befund

4. Vitamin-D Hypovitaminose

Zudem erfolgte vom 7. bis 23. Oktober 2019 eine weitere Hospitalisation zur Optimierung der Psychopharmaka (AB 115 S. 21).

3.1.9 Im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 10. Januar 2020 (AB 89.1) führte Dr. med. P._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, sämtliche Vordiagnosen (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS [ICD-10 F90.0], bipolare affektive Störung [ICD-10 F31], Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion 2015/2016 [ICD-10 F43.22], Verdacht auf Persönlichkeitsakzentuierung [ICD-10 F73]) seien diskussionsbedürftig (AB 89.1 S. 17 Ziff. 6). Aus der Vielzahl der vorgelegten ärztlichen Unterlagen würden die Diagnosen einer bipolaren affektiven Störung und einer ADHS fast unisono und undiskutiert

hervorgehen. Es würden jedoch keinerlei klaren Kriterien oder Krankheitsepisoden benannt (AB 89.1 S. 17 f. Ziff. 7). Er selber gehe davon aus, dass die Explorandin in der Frustration nicht beruflich Fuss fassen zu können und erleben zu müssen, wie ihre Töchter vom Kindsvater beeinflusst worden seien sowie später aus ihrem Einfluss entglitten seien und in verschiedenen Pflegefamilien gelebt hatten, vermehrt psychotrope Substanzen, nämlich Cannabis und Methylphenidat, konsumiert habe, was zu Beschwerden und einer Zunahme von Schlafstörungen, Antriebsarmut, Appetitminderung, Passivität und Depressivität geführt habe (AB 89.1 S. 23 f. Ziff. 7). Eine Krankheitsentität könne nicht klar nachvollzogen werden und es seien verschiedene krankheitsfremde Faktoren zu benennen. So seien die Schwierigkeiten beim morgendlichen Aufstehen einer schlechten Schlafhygiene und dem Einfluss psychotroper Substanzen zuzuschreiben. Weiter spielten sowohl motivationale Faktoren wie auch die Frustration der Lebensgestaltung nach Trennung und Abbruch des Studiums eine erhebliche Rolle. Dazu komme, dass sie sich für einfache Tätigkeiten in der … oder im … für „überqualifiziert“ halte, andererseits jedoch weder einen Abschluss habe noch fachliche Qualifikationen vorweisen könne (AB 89.1 S. 13 Ziff. 3.2 i.V.m. S. 24 Ziff. 7). Es bestehe eine normale Arbeitsfähigkeit in einer einfachen Tätigkeit. Wie zuvor in früheren Jahren wäre eine Hilfstätigkeit in einem … möglich. Es fänden sich zudem Hinweise, wonach sie in der … gearbeitet habe. Die Explorandin könnte ausserdem in der Produktion oder im Lager eingesetzt werden (AB 89.1 S. 26 Ziff. 8.1).

3.1.10 In der Stellungnahme vom 6. März 2020 zum Vorbescheid der Beschwerdegegnerin (vgl. AB 91 [AB 100 S. 4 ff.]) führten der behandelnde Psychiater Dr. med. D._____ und die behandelnde Psychologin lic. phil. E._____ aus, dass – entgegen den Ausführungen im Vorbescheid – von einem schwerwiegenden psychiatrischen Störungsbild auszugehen sei, welches die Arbeits- und Leistungsfähigkeit stark beeinträchtige. Der Gutachter stelle sämtliche Diagnosen in Frage, ohne jedoch eigene zu stellen. Die Hauptproblematik, nämlich der massive seit 2015 bestehende Krankheitsknick bei einer jungen Mutter dreier Kinder, ehemaligen Maturandin, die heute nur noch zu einer äusserst reduzierten Lebensweise fähig sei, finde im Gutachten (vgl. AB 89.1) in keiner Art und Weise Erklärung (AB 100 S. 4). Der psychische Zustand der Patientin sei zum Zeitpunkt des

Gutachtens als submanisch zu bezeichnen. Dies erkläre unter anderem weshalb der Gutachter sie als „adäquat und leistungsfähig“ wahrgenommen habe und sie selber ihre berufliche Zukunft (maniform) optimistisch geschildert habe (AB 100 S. 5). Es bestünden folgende aktuellen Diagnosen (AB 100 S. 5):

1. Bipolare Affektive Störung (gegenwärtig leichte bis mittelgradige Depression ICD-10 F31.3)
2. Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0)
3. Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3)
4. DD schizoaffektive Störung gegenwärtig leicht- bis mittelgradig depressiv mit emotionaler Verflachung zwischen den bipolaren Episoden (ICD-10 F25.1)
5. Migräne

Es sei zurzeit in keiner Weise denkbar, dass die Patientin in irgendeiner Form im ersten Arbeitsmarkt einer beruflichen Aktivität nachgehen könnte (AB 100 S. 6).

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).

3.2.1 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Werden bei deren Anordnung Beteiligungsrechte der versicherten Person (vgl. insbesondere BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258, 139 V 349 E. 5.4 S. 357) verletzt, so machen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Expertise eine neue Begutachtung erforderlich (BGE 139 V 99 E. 2.3.2 S. 103, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.3 Aufgrund der Akten ist erstellt, dass in somatischer Hinsicht keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehen. Abweichendes wird denn auch nicht geltend gemacht.

3.4 Streitig ist jedoch, ob ein psychischer Gesundheitsschaden vorliegt (vgl. E. 2.2 hiervor).

3.4.1 Die angefochtene Verfügung vom 16. Juni 2020 (AB 103), wonach kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, basiert in medizinischer Hinsicht massgeblich auf dem versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 10. Januar 2020 (AB 89.1). Der Gutachter Dr. med. P._____ kam zum Schluss, dass sich aufgrund der Krankengeschichte (vgl. AB 89.1 S. 4 ff. Ziff. 2) und der persönlichen Befragung sowie Untersuchung (vgl. AB 89.1 S. 11 ff. Ziff. 3 f.) nach wie vor keine klare Krankheitsentität beschreiben lasse, vielmehr hätten wohl verschiedene krankheitsfremde Faktoren wie eine schlechte Schlafhygiene, die Einnahme psychotroper Substanzen, motivationale Faktoren sowie die Frustration der Lebensgestaltung nach Trennung und Abbruch des Studiums (AB 89.1 S. 24 Ziff. 7) Einfluss. Die Expertise vermag aus den nachfolgenden Gründen nicht vollends zu überzeugen:

Der Gutachter diskutierte zwar die Vordiagnosen der bipolaren II Störung und der ADHS einlässlich (AB 89.1 S. 17 ff. Ziff. 7) und führte nachvollziehbar aus, weshalb sich keine konsistente und nachvollziehbare Krankheitsentität beschreiben lasse, belässt es jedoch letztlich neben einer weiteren Diskussion über mögliche Verdachtsdiagnosen (AB 89.1 S. 20 ff. Ziff. 7) dabei, ohne daraus mit der zu erwartenden Überzeugung Schlüsse zu ziehen. So führt er aus, es stehe ihm nicht zu von falschen Einschätzungen und inadäquaten Behandlungen in den vergangenen Jahren zu sprechen (AB 89.1 S. 24 Ziff. 7). Weiter nimmt er zum langjährigen erfolglosen psychiatrischen Behandlungsverlauf nicht oder nur indirekt Stellung; das Gutachten (AB 89.1) erweist sich insoweit als unvollständig und es bedarf diesbezüglich einer Klärung. Entgegen der Darstellung des advokatorisch auftretenden Dr. med. D._____ in seiner Stellungnahme vom 26. August 2020 (AB 115 S. 3 ff.) leitete der Gutachter – wie nachstehend aufzuzeigen sein wird (vgl. E. 3.4.2 hiernach) – das Konsumverhalten nicht einzig aus der Aussage der Beschwerdeführerin, früher Substanzen ausprobiert zu haben und heute phasenweise THC zu konsumieren (AB 115 S. 3), ab. Dem behandelnden Psychiater ist jedoch insoweit zuzustimmen, als es hierzu weiterer Abklärungen, insbesondere mittels entsprechender Laborkontrollen, bedarf. Bei festgestelltem Suchtmittelkonsum und geäussertem Verdacht einer Abhängigkeitsstörung (AB 89.1 S. 21 Ziff. 7) hätte sich der Gutachter vor dem Hintergrund der jüngeren höchstrichterlichen Rechtsprechung (BGE 145 V 215 E. 5.3.3 S. 226) einlässlich mit der Frage auseinandersetzen müssen, ob ein Abhängigkeitssyndrom bzw. eine Substanzkonsumstörung nach ICD-10 F10 bis und mit F19 vorliegt, kann diesen doch nicht von vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden.

3.4.2 Jedoch erlauben auch die weiteren Akten keine abschliessende Beurteilung, da aus den nachstehenden Gründen aus fachärztlicher Sicht eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung weder ausgeschlossen noch einwandfrei diagnostiziert wurde (vgl. E. 2.2 hiervor).

Für die vom Gutachter geführte Diskussion eines Suchtverhaltens bestand nicht einzig aufgrund der Aussage der Beschwerdeführerin, früher Substanzen ausprobiert zu haben und heute phasenweise THC zu konsumie-

ren (AB 115 S. 3), sondern auch aufgrund des Berichts des Zentrums F._____ vom 25. März 2019 (AB 65 S. 2 ff.), worin von einer grotesk hohen Medikation mit Concerta und einem (anamnestisch erhobenen) seltenen Abusus von MDMA (Ecstasy) und Kokain und einer allenfalls substanzinduzierten hypomanischen Episode berichtet wird (AB 65 S. 4), berechtigterweise Anlass. Im Bericht des Zentrums F._____ vom 27. Juli 2020 (AB 115 S. 15 ff.) wird zudem von einem gelegentlichen Konsum von Amphetaminen und Kokain bei gleichzeitig täglichem Gebrauch von Cannabis berichtet (AB 115 S. 15 f.). Vor diesem Hintergrund ist die angedachte Kritik des Gutachters nachvollziehbar, dass die behandelnden Ärzte des Spitals G._____ und Dr. med. D._____ das Suchtverhalten nach wie vor auszublenden scheinen und damit die Beschwerdeführerin womöglich seit Jahren falsch behandeln, indem sie mit ihren Medikationen deren Suchtverhalten fördern (AB 89.1 S. 24 Ziff. 7). Hierzu bedarf es – wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.4.1 in fine hiervor) – weiterer Abklärungen.

Ausserdem ist in Bezug auf die Diagnose einer ADHS festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im Sommer 2013 aufgrund der beklagten Konzentrationsstörungen und dem mit Blick auf die Bewältigung des Studiums bekundeten Verlangen nach Ritalin auf deren Bestrebung hin bezüglich einer ADHS abgeklärt wurde (AB 115 S. 50 ff.). Dabei konnte eine generelle Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörung nicht objektiviert werden und es gab auch keinen Hinweis auf eine neuro(bio)logische Erkrankung. Im Ergebnis diagnostizierte die Psychologin lic. phil. H._____ ein „ADS nach Wender Reimherr“ mit dem Vermerk, dies entspreche in weiten Teilen einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung nach ICD-10 F90.0 bis auf das Kriterium „in der frühen Kindheit vorhanden“, welches retrospektiv verneint werde, dezente Hinweise darauf jedoch in einem Schulzeugnis vorhanden seien (AB 115 S. 52). Obwohl die subjektiv empfundene Konzentrationsstörung in den späteren Berichten (im Psychostatus) weiterhin nicht objektiviert wurde (AB 5 S. 4, 25 S. 8, 31 S. 6, 115 S. 17, S. 30 und S. 45), wurde die von lic. phil. H._____ nach Wender Reimherr gestellte Diagnose in den Berichten des Spitals G._____ (AB 25 S. 2, S. 5 und S. 7, 27 S. 1, 115 S. 38 und S. 45 f.), der psychiatrischen Dienste K._____ (AB 31 S. 2, 115 S. 27), des Zentrums F._____ (AB 5 S. 1, 65 S. 2, 115 S. 15, S. 21 und S. 32) und der Klinik N._____ (AB 53 S.

1) als Diagnose einer ADHS i.S. der ICD-10 aufgeführt. Dabei ist jedoch festzustellen, dass die Diagnose ICD-10 F90.0 teils unter ausdrücklichem Hinweis auf die im Jahr 2013 in … (nicht nach der ICD-10, sondern nach Wender Reimherr) gestellte Diagnose oder aufgrund der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin bloss übernommen wurde. Die Diagnose wurde hingegen zu keiner Zeit hinterfragt oder überprüft. Beim Wender-Reimherr-Interview (WIR) handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der Psychopathologie der adulten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, womit die von den behandelnden Ärzten jeweils gestellte Diagnose einer ADHS als nicht lege artis entsprechend der Klassifikation der ICD-10 gelten kann. In diesem Zusammenhang wies überdies der Gutachter darauf hin, die Einnahme von Methylphenidat habe denn bei der Beschwerdeführerin auch nicht die bei einer unter einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung leidenden Patientin zu erwartende Wirkung gezeitigt (AB 89.1 S. 19 f. Ziff. 7).

Die Diagnose einer bipolaren Störung wurde erstmals im Bericht des Zentrums F._____ vom 15. Februar 2017 (AB 5) gestellt. Im Rahmen eines Diagnostikinterviews (Mini international neuropsychiatric interview, M.I.N.I.) und weiterer diagnostischer Exploration habe sich herausgestellt, dass die Patientin vor Beginn der depressiven Episode hypomanische Phasen erlebt habe. Diese seien begleitet worden von erhöhtem Antrieb und erhöhter Aktivität, vermindertem Schlafbedürfnis (4 h während mehreren Wochen) und übertriebenen Geldausgaben bis zur Verschuldung (AB 5 S. 4). Obwohl den medizinischen Berichten aus dem Jahr 2015 (AB 115 S. 38 ff.) keine Hinweise einer vorangegangenen hypomanischen Phase zu entnehmen sind, wurde auch diese Diagnose in der Folge in den Berichten der behandelnden Ärzte übernommen (AB 17 S. 2, 25 S. 2 und S. 5, 27 S. 1, 29 S. 1, 31 S. 2, 53 S. 1, 100 S. 5). In den Austrittsberichten des Zentrums F._____ vom 25. März 2019 (AB 65 S. 2 ff.) und vom 27. Juli 2020 (AB 115 S. 15 ff.) – nota bene in den Berichten jener Institution, die primär eine bipolare II Störung ins Feld führte (AB 5) – wurde jedoch eine bipolar II Störung bloss noch als *fraglich* aufgeführt und die Frage aufgeworfen, ob die (letzte) hypomanische Episode substanzinduziert war (AB 65 S. 2, 115 S. 15). Letztlich weist auch Dr. med. D._____ in seiner Stellungnahme vom 26. August 2020 (AB 115 S. 3 ff.) darauf hin, dass es richtig sei, die

Diagnose einer bipolaren Störung kritisch zu hinterfragen. So sehe er Aspekte, die in mancher Hinsicht eher für eine schwere, chronische, nicht therapierbare depressive Störung sprächen, weil die manischen Phasen nicht in aller Klarheit zu beschreiben und abzugrenzen seien (AB 115 S. 6 unten). Demnach ist dem Gutachter auch hinsichtlich der von den behandelnden Ärzten diagnostizierte „bipolare“ Störung zu folgen, dass sich diese Diagnose nicht nachvollziehen lässt (AB 89.1 S. 18 Ziff. 7). Da es der Gutachter aber unterlässt, die von ihm erwähnte Abhängigkeitsstörung (AB 89.1 S. 21 Ziff. 7) in diagnostischer Hinsicht weiter zu diskutieren, lässt sich das von der Beschwerdeführerin seit Jahren demonstrierte Störungsbild keiner einwandfrei gestellten Diagnose zuordnen (vgl. E. 2.2 hiervor), woraus indessen entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin nicht geschlossen werden kann, es liege kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor.

3.5 Damit liegt der angefochtenen Verfügung vom 16. Juni 2020 (AB 103) ein medizinisch nicht hinreichend geklärter Sachverhalt zugrunde. Die Verfügung (AB 103) ist demnach aufzuheben und die Sache geht in der Folge zurück an die Verwaltung, damit sie in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) weitere Abklärungen – insbesondere hinsichtlich des Suchtverhaltens – durchführe und nach Vervollständigung der medizinischen Akten (Einholung der vollständigen Behandlungsunterlagen bei den involvierten psychiatrischen Kliniken [Spital G._____, Zentrum F._____, psychiatrischen Dienste K._____ und Klinik N._____]) eine ergänzende Begutachtung mit dem Ziel anordne, die unter der Ärzteschaft umstrittene Diagnostik zu klären und daraus invalidenversicherungsrechtlich verwertbare Schlüsse hinsichtlich des funktionellen Leistungsvermögens abzuleiten. Danach hat die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch neu zu verfügen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

4.2 Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Nach der Rechtsprechung können die Kosten eines Privatgutachtens, auf das sich der Entscheid der Rechtsmittelinstanz stützt, im Rahmen der Parteientschädigung zurückerstattet werden (RKUV 2004 U 503 S. 187 E. 5.1).

Die Stellungnahme von Dr. med. D._____ und lic. phil. E._____ vom 26. August 2020 (AB 115 S. 3 ff.) führte nicht zu entscheidrelevanten neuen Erkenntnissen, womit die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die diesbezüglichen Kosten nicht zu ersetzen hat.

4.3 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

4.3.1 Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1).

4.3.2 Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund

eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter www.justice.be.ch).

Im Falle der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne der Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.4.1 S. 4) wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 130.-- und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 80.-- festgelegt.

4.3.3 Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt C._____ von B._____ vom 10. November 2020 wird die Parteientschädigung festgesetzt auf Fr. 1'675.90 (inkl. Auslagen und MWSt.). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

4.4 Bei diesem Ausgang ist das Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des in diesem Verfahren gestellten Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege dahingefallen. Entsprechend ist das Verfahren um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 39 N. 1).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 16. Juni 2020 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge. Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'675.90 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.

5. Zu eröffnen (R):
   - B._____ z.H. der Beschwerdeführerin
   - 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 Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.