

200 20 704 IV  
KOJ/SAW/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. März 2021**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Baumann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 31. Juli 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1963 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Januar 2012 unter Hinweis auf eine Depression nach Burnout bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Insbesondere gestützt auf ein Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. März 2014 (AB 66.1) sprach die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) der Versicherten mit Verfügung vom 15. August 2014 (AB 71; 72) bei einem Invaliditätsgrad von 50% eine von 1. September 2012 bis 31. März 2014 befristete halbe Rente zu. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im April 2019 (AB 76) ersuchte die Versicherte unter Hinweis auf eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung, eine dissoziative Störung und eine Depression erneut um IV-Leistungen. In der Folge führte die IVB erwerbliche und medizinische Erhebungen durch, wobei sie auch ein Verlaufsgutachten durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erstellen liess (vgl. Expertise vom 21. Januar 2020, AB 106.1). Nach Rücksprachen mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 108 S. 3 f.; 112 S. 3 f.) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 113; 118) sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 31. Juli 2020 (AB 122) bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine von 1. Oktober 2019 bis 30. April 2020 befristete ganze Rente zu.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 14. September 2020 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 31. Juli 2020 sei kostenfällig aufzuheben und es sei eine unbefristete Invalidenrente zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. November 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 2. Dezember 2020 reichte die Beschwerdeführerin zusammen mit der Honorarnote einen weiteren Arztbericht ein (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 5).

### **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 31. Juli 2020 (AB 122). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben

(BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Streitig und zu prüfen ist demnach der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente unter Einschluss der von 1. Oktober 2019 bis zum 30. April 2020 zugesprochenen ganzen Rente.

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

**2.2.1** 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. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.2.2** 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. 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 die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**2.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

## **2.4**

**2.4.1** Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanschuldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch

erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

**2.4.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

**2.4.3** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**2.4.4** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

**2.4.5** Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimo-

natsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2019 IV Nr. 2 S. 4 E. 2).

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung (AB 76) eingetreten. Die Eintretensfrage ist deshalb vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Aufgrund der Akten ist zudem erstellt und von den Parteien zu Recht unbestritten, dass im massgebenden Vergleichszeitraum (E. 2.4.3 hiavor) zwischen der Rentenverfügung vom 15. August 2014 (AB 72) und der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2020 (AB 122) ein Neuanmeldungsgrund vorliegt: Nachdem im Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 25. März 2014 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), diagnostiziert worden war (AB 66.1 S. 8 Ziff. 6.1), trat im Frühjahr 2018 eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands mit zwischenzeitlich schweren depressiven Krisen, einschliesslich Suizidgedanken und Suizidversuchen, ein. Von März 2018 bis Mai 2019 erfolgten denn auch mehrere stationäre Behandlungen (AB 81 S. 3; 87 S. 15, 24; ergänzend auch AB 106.1 S. 25 Ziff. 8.4; 112 S. 4). Damit ist der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig neu zu prüfen (vgl. E. 2.4.4 hiavor).

**3.2** Den Akten ist zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Die Beschwerdeführerin war vom 25. bis 27. März 2018 in der Klinik der Psychiatrischen Dienste E.\_\_\_\_\_ (vgl. AB 87 S. 24) und vom 23. April bis 21. Juni 2018 (AB 87 S. 24), vom 5. September bis 13. Dezember 2018 (AB 87 S. 15) und vom 19. März bis 1. Mai 2019 (AB 87 S. 11) in der Klinik F.\_\_\_\_\_ AG, ..., hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 23. Mai 2019 (AB 81 S. 3) diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Status nach Suizidversuch am 21. Oktober 2018 und erneut vorbereitende Handlungen am 25. März 2019 mit rezidivierender Suizidalität im Rahmen einer anhaltenden psychosozialen Belastungssituation, eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nach schweren Deprivationserfahrungen in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter, eine dissoziative Störung (ICD-10 F44.2), ein mittelgradiges depressives Zustandsbild (ICD-10 F32.1) und ein gestörtes Essverhalten (ICD-10 F50.9). Zunehmend werde deutlich, dass die Patientin im Rahmen von familiären Konflikten nicht in der Lage sei, diese so zu regulieren, dass sie nicht in ihren traumatischen Erfahrungen getriggert werde. Auch im stationären Kontext, unter der Beziehungsgestaltung mit der Pflegenden, sei es immer wieder zu dissoziativen Zuständen gekommen, bei denen die Patientin lange geschlafen habe, nicht ansprechbar gewesen sei und bei denen es zu wiederholtem selbstverletzendem Verhalten gekommen sei. Unter zunehmender Strukturierung, Stabilisierung und Verbesserung der Beziehungsgestaltung sowie Klären des familiären Prozesses sei eine Stabilisierung eingetreten, sodass die Patientin in der Lage sei, mit aufkommenden Spannungen frühzeitig umzugehen. Die Patientin werde in gebessertem Zustand entlassen (S. 4).

Mit Bericht vom 18. Juli 2019 (AB 91 S. 2) bestätigte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, welche die Patientin nach den stationären Klinikaufenthalten ambulant weiterbehandelte, die bisher genannten Diagnosen und attestierte für die stationäre Behandlung sowie bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 f. Ziff. 1.3 und 2.5). Die Patientin sei nach mehreren Hospitalisationen

zurzeit stabilisiert. Es beständen aktuell keine dissoziativen Zustände und keine schwere Depressivität (S. 4 Ziff. 2.2).

**3.2.2** Im psychiatrischen Gutachten vom 21. Januar 2020 (AB 106.1) nannte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und führte ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Essstörung bei sonstigen psychischen Störungen (ICD-10 F50.04) auf (S. 20 Ziff. 6). Betreffend den psychiatrischen Befund gab er unter anderem an, die Explorandin klagte vor allem über ihre Müdigkeit sowie ihre verminderte körperliche und psychische Belastbarkeit. Die Stimmung sei herabgesetzt gewesen, gelegentlich auch etwas depressiv. Die Psychomotorik sei unauffällig und der Antrieb nicht vermindert. Die Explorandin beklage einen gelegentlichen Lebensverleider und gelegentliche Suizidgedanken, wobei sie sich von akuter Suizidalität habe distanzieren können (S. 19 Ziff. 4.3). Hinweise für eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung lägen nicht vor. Die Explorandin berichte explizit, dass sie eine gute Beziehung mit ihrem Vater gehabt habe, dass sie noch regelmässig Kontakt mit ihm pflege und sich auch um ihn kümmere. Auch zur Mutter sei die Beziehung zuletzt gut gewesen. Es fänden sich keine Hinweise auf innerfamiliäre Traumatisierungen. Die Explorandin habe einzig in den ersten beiden Primarschulklassen unter einer gewissen Diskriminierung aufgrund ihres ... Dialekts gelitten. Explizit habe sie berichtet, dass sie ab der dritten Klasse gewusst habe, sich zu wehren und dass sie nicht mehr diskriminiert worden sei. Sie habe auch erwähnt, dass sie während Jahren nicht unter diesen Erinnerungen gelitten habe und dass sie sich erst jetzt wieder, im Rahmen ihrer Krise, vermehrt mit den früher erlittenen Zurücksetzungen auseinandergesetzt habe. Die Explorandin träume nicht von vergangenen Misshandlungen und leide auch nicht unter Nachhallerinnerungen. Somit könne die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht bestätigt werden. Die dissoziative Störung sei damit begründet worden, dass sich die Explorandin in den Schlaf geflüchtet habe und zum Teil nicht ansprechbar gewesen sei. Noch immer bestehe ein erhöhtes Schlafbedürfnis. Dieses sei aber im Rahmen der depressiven Störung einzuordnen. Andere dissoziative Symptome lägen nicht vor. Im Rahmen der schweren depressiven Krise habe sich die Explorandin auch Selbstverletzungen zugefügt und sei suizi-

dal gewesen. Dabei handle es sich um sehr vereinzelt auftretende Ereignisse. Die Explorandin habe sich früher nie Selbstverletzungen zugefügt und füge sich auch jetzt keine solchen mehr zu. Schon seit jeher neige sie dazu, vermehrt zu essen, wenn sie sich psychisch nicht so wohl fühle. Dies führe auch zu einem erheblichen Übergewicht. Es handle sich also um eine Essstörung vor dem Hintergrund einer depressiven Störung. Die Explorandin lebe alleine in einem Einfamilienhaus und führe den Haushalt selbständig. Seit Monaten kümmere sie sich um ihren Hund, mit dem sie täglich Spaziergänge zwischen acht und zehn Kilometern unternehme. Sie fahre auch Auto, kümmere sich um ihren Vater und habe gute Kontakte mit den Nachbarn. Ferner treffe sie sich regelmässig mit ehemaligen Arbeitskollegen. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei die Explorandin leichtgradig bis höchstens mittelgradig depressiv gewesen (S. 21 f.). In der angestammten Tätigkeit als ... bestehe seit April 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 0% (S. 23 Ziff. 8.1.3 f.). Eine Tätigkeit, die keine hohen Anforderungen an die kognitiven Fähigkeiten und die psychische Belastbarkeit stelle, sei angepasst. In einer solchen Tätigkeit sei eine Präsenz von vier bis fünf Stunden möglich, wobei aufgrund der Depression eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe. Von April 2018 bis Januar 2020 habe auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit bestanden. Ab dem Datum der Untersuchung vom 16. Januar 2020 sei indessen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren (S. 24 Ziff. 8.2.1 ff.).

**3.2.3** Der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, legte mit Bericht vom 10. März 2020 (AB 108 S. 3) dar, die von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erhobenen Befunde seien nicht mit einer mittelgradigen Episode vereinbar. In seinen aktuellen Befunden attestiere er nur eine herabgesetzte Stimmung. Die anderen typischen Symptome, nämlich Interessensverlust, Freudlosigkeit sowie Antriebsverminderung seien gemäss seiner Befunderhebung nicht gegeben. Darüber hinaus seien auch von den anderen häufigen Symptomen lediglich die erfolgten Suizidversuche und die Schlafstörungen, allenfalls noch die Essstörungen mit Phasen von „zu viel essen“ (gefordert sei nach ICD-10 allerdings „verminderter Appetit“) dokumentiert. Damit seien von den typischen nur eines und von den anderen nur zwei, allenfalls drei Symptome vorhanden, was nicht einmal die Kriterien einer leichten Episode erfülle. Ausserdem werde in der ICD-10

F32.0 festgelegt, dass kein Symptom besonders ausgeprägt sein soll. Dies sei hier aber mit den Schlafstörungen der Fall (S. 3). Die attestierten Arbeitsunfähigkeiten in der angestammten und in angepasster Tätigkeit seien ebenfalls nicht nachvollziehbar. Gemäss ICD-10 hätte eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert werden sollen, weil bei einer leichten Episode der Betreffende unter den Symptomen leide und Schwierigkeiten habe, seine normale Berufstätigkeit und seine sozialen Aktivitäten fortzusetzen, aber die alltäglichen Aktivitäten nicht vollständig aufgeben. Bei einer mittelgradigen Episode sei anzunehmen, ein Patient könne nur unter erheblichen Schwierigkeiten soziale, häusliche und berufliche Tätigkeiten fortsetzen. Im vorliegenden Fall habe der Gutachter jedoch attestiert, dass die versicherte Person den häuslichen und sozialen Aktivitäten unverändert nachgehen könne (S. 4).

**3.2.4** In der Stellungnahme vom 1. Juli 2020 (BB 3) führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ aus, der RAD-Bericht vom 10. März 2020 vernachlässige die Komplexität der Diagnosen und werte damit die Gesamtheit der Situation, in welcher sich die Patientin seit Kindheit befinde, nicht adäquat. Der Bezug zur Arbeitsfähigkeit werde damit nicht ausreichend ermöglicht. Die massiven anhaltenden Traumatisierungen in der Herkunftsfamilie und im sozialen Umfeld in Kindheit und Jugend und dann im Erwachsenenalter hätten zu mehrfachen Hospitalisationen, die mit wiederkehrender akuter Suizidalität und schweren dissoziativen Zuständen einhergegangen seien, geführt. Die Symptome erfüllten die Kriterien einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung mit Traumafolgen, die weiterhin die Lebenssituation prägten. Die Traumafolgestörungen seien für die Begutachtung der Arbeitsfähigkeit nicht gewichtet worden. Dass die Patientin dies während der gutachterlichen Exploration nicht ausführlich erwähnt habe, hänge mit der Schwere der Traumatisierung zusammen, bzw. mit dem Risiko, eine erneute Dissoziation sowie eine emotionale Destabilisierung herbeizuführen (S. 1). Das benannte vermehrte Schlafen zeitweise bis zu 15 Stunden sei Teil des Rückzugs und Copings mit den traumatischen Inhalten, die sich anhand von Alltagssituationen und an sozialen Kontakten aktualisierten. Diese Problematik/Symptomatik trage explizit zur bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit bei. Die Wiederaufnahme einer Tätigkeit sei nicht möglich, da die sozialen Auswirkungen zu gross seien und dadurch eine erneute Dekom-

ensation, insbesondere mit anhaltenden Dissoziationen und erneuter Suizidalität, riskiert werde. Die rezidivierende depressive Störung sei Teil der Traumafolge (S. 2).

**3.3** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft 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).

**3.4** Zunächst gilt festzuhalten, dass als Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hier allein eine psychische Erkrankung in Frage kommt. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, es lägen auch körperliche Erkrankungen vor (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 5 sowie Eingabe vom 2. Dezember 2020), ist den Akten zu entnehmen, dass PD Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, mit Bericht vom 19. September 2018 (AB 87 S. 21) zwar eine Refluxösophagitis Grad II und einen leichten Retentionsmagen diagnostizierte, diesen Diagnosen jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestierte. Auch die Hausärztin Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, postulierte im Bericht vom 12. Juni 2019 (AB 87

S. 3 Ziff. 1.3) aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit. Daran ändern die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte betreffend eine Schilddrüsenunterfunktion nichts. Die Schilddrüsenultraschalluntersuchung vom 15. Juli 2020 (BB 4) zeigte einen grossen soliden, hypervaskularisierten Knoten am Unterpol des rechten Schilddrüsenlappens. Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Endokrinologie-Diabetologie, nannte im Bericht vom 1. September 2020 (BB 5) als Hauptdiagnose eine hypothyreote Struma uninodosa rechts und als weitere Diagnosen eine dissoziative Störung unter Quilonorm, eine Eisenmangelanämie bei vegetarischer Ernährung, ein obstruktives Schlafapnoesyndrom und Asthma bronchiale. Sie empfahl die regelmässige Kontrolle der TSH- und fT4-Werte und legte eine sonographische Verlaufskontrolle in einem Jahr fest (BB 5 S. 2). Dass sich die genannten Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden, gab sie indessen nicht an. Daraus folgt, dass gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten kein invalidisierender somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen ist.

**3.5** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hat sich in seiner Beurteilung vom 21. Januar 2020 (AB 106.1) in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf seine eigene Untersuchung vom 16. Januar 2020 getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Insbesondere diskutierte er auch Diskrepanzen zum Bericht der behandelnden Psychiaterin. Somit erfüllt das psychiatrische Gutachten die von der höchststrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor), weshalb ihm grundsätzlich (vgl. aber E. 3.5.2 f. hiernach) volle Beweiskraft zukommt (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

**3.5.1** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hat dargelegt, dass die Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer Essstörung bei sonstigen psychischen Störungen (ICD-10 F50.4) leidet (AB 106.1 S. 20 ff. Ziff. 6). Weiter

führte er schlüssig aus, dass die Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 15. August 2014 (AB 72) zwischenzeitlich schwere depressive Krisen erlitt (AB 106.1 S. 24 f. Ziff. 8.4).

Soweit die behandelnde Psychiaterin Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in den Berichten vom 23. Mai 2019 (AB 81 S. 3), 18. Juli 2019 (AB 91 S. 4 Ziff. 2.5) und vom 1. Juli 2020 (BB 3) auch von einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und von einer dissoziativen Störung (ICD-10 F44.2) ausgegangen ist sowie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres attestiert hat (AB 91 S. 3 Ziff. 1.3; BB 3 S. 2), vermag dies den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens nicht zu schmälern. Differenziert und einleuchtend legte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ dar, weshalb diese Diagnosen nicht zu stellen sind (AB 106.1 S. 21). Zudem ist zu berücksichtigen, dass diese Berichte von der behandelnden Psychiaterin erstattet worden sind, sodass der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patientin aussagt (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer} vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

**3.5.2** Die von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit gestützt auf die schweren depressiven Krisen ab April 2018 (AB 106.1 S. 23 ff. Ziff. 8.1.4, 8.2.5, 8.4) überzeugt und wurde im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (AB 87 S. 17, 27; 91 S. 3 Ziff. 1.3). Soweit Dr. med. D.\_\_\_\_\_ ab Januar 2020 (Untersuchungszeitpunkt) eine mittelgradige depressive Episode mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit in der angestammten resp. 50%iger Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit angenommen hat (AB 106.1 S. 23 f. Ziff. 8.1.4, 8.2.5), ist gestützt auf die Ausführungen des RAD-Arztes Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 10. März 2020 (AB 108 S. 3) fraglich, ob hier unter Beizug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 185 f.; vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 ff.) die Kriterien einer „leichten“ Episode überhaupt erfüllt sind. Letzt-

lich kann dies offengelassen werden, da die Indikatorenprüfung anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.2.1 f. hiervor) – wie nachfolgend ausgeführt wird (vgl. E. 3.5.3 hiernach) – ohnehin zu einer Nichtbeachtung der medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2020 führt.

**3.5.3** Vorab ist festzuhalten, dass 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 zeigten sich in den Akten keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation.

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hierzu ist anzumerken, dass Dr. med. D. \_\_\_\_\_ neben der Essstörung bei sonstigen psychischen Störungen (ICD-10 F50.4) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit allein von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ausging (AB 106.1 S. 20 Ziff. 6.1 f.), wobei er auch angab, die Explorandin sei während der psychiatrischen Untersuchung leichtgradig bis höchstens mittelgradig depressiv gewesen (AB 106.1 S. 22). Damit erweisen sich die diagnoserelevanten Befunde nicht als sonderlich ausgeprägt. Betreffend den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass sich die Beschwerdeführerin in ambulanter psychiatrischer Therapie befindet und psychopharmakologisch behandelt wird. Gemäss Dr. med. D. \_\_\_\_\_ ist diese Behandlung adäquat (AB 106.1 S. 22 Ziff. 7.2). In Bezug auf die Eingliederung ist festzustellen, dass bisher aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden konnten, solche der Beschwerdeführerin jedoch zumutbar wären (AB 106.1 S. 22 Ziff. 7.2). Damit liegen weder eine Behandlungs- noch eine Eingliederungsresistenz vor. Eine massgebende somatische Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) besteht nicht, zumal den genannten somatischen Diagnosen kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestiert wurde und ihnen auch keine massgebende ressourcenhemmende Wirkung zukommt (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430). Gleiches gilt für die diagnostizierte Essstörung (AB

106.1 S. 20 Ziff. 6.2), womit auch diesbezüglich keine Einschränkungen zu berücksichtigen sind. Was den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) betrifft, kann dem psychiatrischen Gutachten entnommen werden, dass der Psychostatus unauffällig und der Antrieb nicht vermindert war (AB 106.1 S. 19 f. Ziff. 4.3). Eine Persönlichkeitsstörung wurde nicht diagnostiziert. Anhaltspunkte dafür, dass die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin ein Leistungsvermögen ausschliesse, sind demnach nicht ersichtlich. Der Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass die Beschwerdeführerin über mobilisierbare Ressourcen verfügt. So besucht sie einmal pro Woche ihren Vater, hat einen sehr guten Kontakt mit den Nachbarn, wobei gelegentlich der fünfjährige Sohn der Nachbarin vorbeikommt, mit welchem sie sich dann abgibt. Im Weiteren trifft sie sich ein- bis zweimal pro Woche mit der ehemaligen Chefin, besucht gelegentlich eine frühere Kollegin in den ... und geht auch gelegentlich mit früheren Arbeitskollegen essen (AB 106.1 S. 18 Ziff. 3.2.11).

In der Kategorie „Konsistenz“ in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) sind deutliche Unregelmässigkeiten ersichtlich. Die Beschwerdeführerin geht keiner beruflichen Tätigkeit nach und fühlt sich auch nicht arbeitsfähig (AB 106.1 S. 17 Ziff. 3.2.8), im Tagesablauf und der Freizeitgestaltung lassen sich jedoch diverse Aktivitäten erheben. So kümmert sie sich um ihren Hund, mit dem sie täglich vier ausgedehnte Spaziergänge, insgesamt zwischen acht und zehn Kilometern, unternimmt, erledigt regelmässig ihre Einkäufe und pflegt diverse soziale Kontakte. Im Weiteren macht sie Kreuzworträtsel (AB 106.1 S. 15 Ziff. 3.2.2), lebt alleine in einem Einfamilienhaus, in dem sie sich wohl fühlt, und führt den Haushalt selbständig (AB 106.1 S. 17 Ziff. 3.2.9). Der dokumentierte Tagesablauf (AB 106.1 S. 18 Ziff. 3.2.11) und das geschilderte Aktivitätsniveau sind somit mit der attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht vereinbar.

Gestützt auf die massgebenden Indikatoren ist nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass der von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ festgestellte psychische Gesundheitsschaden – sofern überhaupt ein solcher vorliegt (vgl. E. 3.5.2 hiavor) – eine rentenrelevante funktionelle Einschränkung bewirkt (vgl. E. 2.2.2 hiavor), überwiegen doch

die mobilisierbaren Ressourcen im Komplex „sozialer Kontext“ und vor allem die auffälligen Unregelmässigkeiten in der Kategorie „Konsistenz“ in der Gesamtbetrachtung deutlich. Vor diesem Hintergrund ist die ab Mitte Januar 2020 postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und die 50%ige Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten rechtlich als nicht massgebend zu beurteilen.

**3.5.4** Zusammenfassend ist aufgrund der schweren depressiven Krisen von März/April 2018 bis Mitte Januar 2020 in sämtlichen Tätigkeiten von keiner Arbeitsfähigkeit auszugehen (AB 106.1 S. 23 f. Ziff. 8.1.4 und 8.2.5). Danach besteht hingegen weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden (vgl. E. 3.4 und 3.5.3 hier vor). Gestützt auf diese Ausgangslage ist nachfolgend für die Zeit bis Mitte Januar 2020 die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

#### **4.**

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

Aufgrund der im April 2019 erfolgten Neuanmeldung zum Rentenbezug (AB 76) und der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG ist – bei bereits im März/April 2019 bestandener einjähriger Wartezeit (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; AB 87 S. 24) – der (hypothetische) Beginn des Rentenanspruchs auf Oktober 2019 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist eine erste Invaliditätsbemessung vorzunehmen. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes ab Mitte Januar 2020 (AB 106.1 S. 24 f. Ziff. 8.2.5, 8.4) stellt einen Revisionsgrund dar, wobei ab diesem Zeitpunkt kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr erstellt ist (E. 3.5.4 hier vor).

**4.2** Ab Oktober 2019 – dem frühestmöglichen Rentenbeginn (vgl. E. 4.1 hier vor) – bestand aufgrund der schweren depressiven Krisen eine

vollständige Erwerbsunfähigkeit (AB 87 S. 17, 27; 91 S. 3 Ziff. 1.3; 106.1 S. 25 Ziff. 8.4), woraus sich ab diesem Zeitpunkt ein Anspruch auf eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100% ergibt.

**4.3** Ab Mitte Januar 2020 ist weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen (vgl. E. 3.4 und 3.5.3 hiervor). Da keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiervor) vorliegt, besteht auch kein Anspruch mehr auf Leistungen der Invalidenversicherung. Folglich ist unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV die ganze Rente per 30. April 2020 zu befristen.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 31. Juli 2020 (AB 122) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss aArt. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

**5.2** Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_, Rechtsdienst, Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 2. Dezember 2020 inkl. Beilage)
  - 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.