

200 18 259 IV
FUE/SCM/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. März 2020

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Bundesgerichtsentscheid vom 20. März 2018 (Rückweisung an
Vorinstanz IV/2016/973)



Sachverhalt:

A.

Die 1965 geborene und im Juni 2002 in die Schweiz eingereiste A._____ (Leistungsansprecherin bzw. Beschwerdeführerin), ... Staatsangehörige, zuletzt von März 2011 bis März 2014 als ... in einem Teilzeitpensum bei der C._____ AG erwerbstätig, meldete sich im September 2014 unter Hinweis auf Depressionen und ein Trauma bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (vgl. Akten der IVB, Antwortbeilage [AB; eingereicht im Verfahren IV/2016/973] 1, 11, 67.1/3). Nach Vornahme medizinischer und erwerblicher Abklärungen samt Einholung eines polydisziplinären Gutachtens bei der Medizinischen Abklärungsstelle MEDAS D._____ GmbH, vom 23. Mai 2016 (AB 67.1) verneinte die IVB mit Verfügung vom 13. September 2016 einen Leistungsanspruch, da kein Gesundheitsschaden im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne vorliege (AB 86).

Die von der Leistungsansprecherin hiergegen erhobene Beschwerde vom 12. Oktober 2016 wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern nach Einholung eines Gerichtsgutachtens (datierend vom 9. März 2017 [IV/2016/973, pag. 36-54]) bei Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, F._____ GmbH, mit Urteil vom 26. Juni 2017 ab (VGE IV/2016/973, pag. 97-116).

Das Bundesgericht (BGer) hiess die dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 20. März 2018 (8C_569/2017 [IV/2018/259, pag. 2-8]) teilweise gut. Es hob das kantonale Urteil (VGE IV/2016/973) auf und wies die Sache zur Einholung eines Obergutachtens und neuer Entscheidung an das Verwaltungsgericht zurück.

B.

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. Mai 2018 teilte der infolge Pensionierung des bisherigen Kammerpräsidenten nunmehr zuständige Instruktivi-

onsrichter den Parteien mit, dass er beabsichtige, bei der MEDAS G._____ ein monodisziplinäres psychiatrisches Obergutachten in Auftrag zu geben; als gerichtliche Sachverständige sei Dr. med. I._____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Dienste J._____, Zertifizierte Gutachterin SIM, vorgesehen. Er gab den Parteien Gelegenheit, zur Begutachtung, zur vorgesehenen Expertin sowie zum Fragenkatalog Stellung zu nehmen.

Mit Eingabe vom 28. Mai 2018 erhob die Beschwerdegegnerin keine Einwände gegen die vorgesehene Begutachtung und beantragte die Aufnahme von zwei Zusatzfragen in den Fragenkatalog.

Am 15. Juni 2018 zeigte sich die Beschwerdeführerin mit der Wahl der Gutachterin nicht einverstanden und sprach sich für die Auftragserteilung an eine für die Behandlung von Folter- und Kriegsoptionen spezialisierte Klinik aus. Auf das Stellen von Zusatzfragen verzichtete sie.

Mit prozessleitender Verfügung vom 18. Juni 2018 wurde die MEDAS G._____, Dr. med. I._____, mit der Begutachtung der Beschwerdeführerin beauftragt. Die von der Beschwerdegegnerin beantragten Zusatzfragen wurden nicht übernommen und der Antrag der Beschwerdeführerin auf Einsetzung einer anderen sachverständigen Person wurde abgewiesen.

Am 15. November 2018 ging das psychiatrische Obergutachten (datierend vom 13. November 2018) beim Gericht ein.

Mit Eingabe vom 28. Januar und 20. Februar 2019 nahmen die Parteien Stellung zum Gutachten, wobei die Beschwerdegegnerin dem Gericht die Einschätzung von Dr. med. H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 19. Februar 2019 zukommen liess.

Mit prozessleitender Verfügung vom 6. Juni 2019 beauftragte der Instruktionrichter die MEDAS G._____ Dr. med. I._____, mit der von der Begutachtungsstelle vorgeschlagenen ergänzenden Begutachtung, damit diese zu den vom RAD vorgebrachten Einwänden Stellung nehmen könne (Schreiben der MEDAS G._____ vom 13. Mai 2019 [pag. 156]; vgl.

auch die Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 22. Mai 2019 [pag. 163-164]).

Am 14. Oktober 2019 ging das psychiatrische Ergänzungsgutachten (datierend vom 11. Oktober 2019) beim Gericht ein, wozu sich die Beschwerdeführerin am 27. November 2019 und die Beschwerdegegnerin – unter Einreichung einer weiteren Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. med. H._____ vom 9. Januar 2020 – am 10. Januar 2020 äusserten.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid (Verfügung vom 13. September 2016 [AB 86]) 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 13. September 2016 (AB 86). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

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 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). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.2.2 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).

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. Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.2.3 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwie-

gender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete 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 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 In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 In der angefochtenen Verfügung vom 13. September 2016 (AB 86) stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS D. _____ vom 23. Mai 2016 (AB 67.1). Darin stellten die Fachärzte zusammenfassend die folgenden Diagnosen (AB 67.1/23 Ziff. E):

Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit:

- keine

Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit:

- Adipositas Grad I
- Leichte Fettstoffwechselstörung
- Verwachsungsbeschwerden bei Zustand nach Appendektomie
- Wiederkehrende Zervikodorsolumbalgien bei initialen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und leichter Wirbelsäulenfehlstatik in Form betonter BWS-Kyphose
- Senk-Spreizfuss beidseits
- Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0)

Auf keinem der am Gutachten beteiligten Fachdisziplinen (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Kardiologie, Orthopädie, Psychiatrie) könne eine somatische oder psychiatrische Diagnose mit versicherungsmedizinischer Relevanz festgestellt werden, wohl aber ergäben sich deutliche Hinweise für das Vorliegen eines deutlichen aggravatorischen Verhaltens und teilweise nicht authentischer Symptompräsentation resp. einer negativen Antwortverzerrung (AB 67.1/23 Ziff. D i.f.). Die Arbeitsfähigkeit werde weder auf psychiatrischem noch auf einem beteiligten somatischen Fachgebiet beeinträchtigt, gleichermassen gelte dies sowohl für die zuletzt ausgeübte ausserhäusliche Tätigkeit als auch für Haushaltstätigkeiten wie auch für anderweitige leidensangepasste Tätigkeiten. Diese Bewertung mit einer Arbeitsfähigkeit von 100 % gelte auch retrospektiv durchgehend (AB 67.1/26 Ziff. 6, vgl. auch AB 67.1/23-24 Ziff. E).

3.1.2 Im auf Veranlassung des Verwaltungsgerichts im Verfahren IV/2016/973 erstellten psychiatrischen Gerichtsgutachten vom 9. März 2017 (IV/2016/973, pag. 36-54) diagnostizierte Dr. med. E. _____ das Nachstehende (pag. 48 Ziff. g, 52 Ziff. III.1):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Depressive Störung, zurzeit schwer (ICD-10 F32.11 [sic]), mit somatischem Syndrom und psychotischen Anteilen
- Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, ICD-10 F62.0 [sic])
- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Anamnestisch Cortisol-Dysregulation, in Abklärung

Die Einschränkungen ergäben sich primär aus der depressiven Störung, indem Trägheit, Müdigkeit, Erschöpfung, Morgentief, affektive Limitierung,

Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten und schwere psychomotorische Hemmung es beinahe verunmöglichten, überhaupt eine Tätigkeit in Angriff zu nehmen, geschweige denn eine ausserhäusliche. Seitens der PTBS bzw. der komplexen posttraumatischen Störung ICD-10 F62.0 fänden sich Einschränkungen, indem die Explorandin reizempfindlich (Sirenen, „Geballer“, Flugzeuge) sei und jeweils in (Todes-)Angst versetzt werde und dann in lebendig gewordenen Erinnerungen gefangen sei. Dies sei begleitet von psychovegetativen Zeichen wie Gänsehaut, Übelkeit und Erbrechen. In solchen Momenten sei sie gänzlich ausserstande, irgendwelche Tätigkeiten durchzuführen oder zu verrichten, sie verliere den Faden, müsse gegebenenfalls sogar den Ort verlassen. Zum Dritten wirkten sich die somatisierten Beschwerden (ICD-10 F45.0) in Form eines labilen und dekompensationsfreudigen oberen Gastrointestinaltrakts, der kardiovaskulären Beschwerden, der Kopfschmerzen sowie der Inkontinenzsymptomatik einschränkend aus. Auch diese Phänomene würden es verunmöglichen Belastungen standzuhalten und die Explorandin zwingen, wider ihren Willen abubrechen, was immer sie im Begriff zu tun gewesen sei (pag. 50 Ziff. h). Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. E. _____ aus, die Explorandin könne in der zweiten Tageshälfte begleitet kleinere Einkäufe machen oder beim Zubereiten der Mahlzeit behilflich sein (Gemüse schneiden). Sie könne in „guten Momenten“ Wäsche zusammenfalten und aufräumen. Ihr Leistungsvermögen sei grossen (Tages-)Schwankungen ausgeliefert und das Unvermögen sei nicht planbar. Sie könne nicht allein ausser Haus gehen. Die Mithilfe im Haushalt sei die am besten angepasste vorstellbare Tätigkeit, überall sonst wäre die Leistungsfähigkeit (noch) deutlich schlechter (pag. 54 Ziff. VI).

3.1.3 Dr. med. I. _____ stellte im psychiatrischen Obergutachten vom 13. November 2018 (IV/2018/259, pag. 61-107) die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (pag. 76):

- Posttraumatische Belastungsstörung nach Traumatisierung im ... Krieg mit rezidivierenden dissoziativen Zuständen, Somatisierungssymptomen, schwerer Angstsymptomatik und Hypersomnie (ICD-10 F43.1)
- Chronifizierte Depression, derzeit mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F32.1)
- Verdacht auf Benzodiazepinkonsum unklaren Ausmasses, abklärungsbedürftig

Die tatsächliche Auswirkung der Diagnosen auf die Funktionalität im Alltag sei schwer zu beurteilen. Einerseits bestünden psychiatrisch fassbare krankheitsbedingte Einschränkungen, andererseits liege bei der Explorandin eine Tendenz vor, die funktionellen Einschränkungen aggravierend vorzubringen (positiver Rey Memory Test [RMT], Vorbeireden, Fokussierung auf das Leiden). Die Beschwerdeführerin sei deutlich dekonditioniert (pag. 77). Da ein psychiatrisch objektivierbarer Leidenskern bestehe, sei die Beschwerdeführerin in ihrer Leistungsfähigkeit nachvollziehbar funktionell eingeschränkt. In der bisherigen Tätigkeit in der ..., welche – solange ohne Zeitdruck und mit verständnisvollem Vorgesetzten ausgeübt – als angepasste Tätigkeit gelte, bestehe krankheitsbedingt seit ca. 2014 eine höchstens 50%ige Arbeitsfähigkeit, wobei eine darüber hinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durchaus möglich sei, eine nähere Beurteilung aufgrund der möglichen Aggravation sowie des Benzodiazepinkonsums bei Überlagerung der Symptomatik aber nicht möglich erscheine (pag. 81-82 Ziff. 8.1 und 8.2). Zu den vorherigen Begutachtungen legte die Obergutachterin dar, möglicherweise habe zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Psychiater der MEDAS D. _____ GmbH ein relativ stabiler Zustand bestanden, lasse doch der psychopathologische Befund retrospektiv auf eine zu damaligem Zeitpunkt remittierte Depression schliessen. Obwohl die Beschwerdeführerin Symptome geschildert habe, die an eine PTBS denken liessen, seien diese nicht als solche gewürdigt worden. Bei vager Schilderung der Symptomatik habe diese auf den Gutachter nicht glaubhaft gewirkt. Dieser habe jedoch nicht die Möglichkeit einer bewusst oberflächlichen Schilderung der Trigger im Rahmen des Vermeidungsverhaltens erwogen, wie es oft bei traumatisierten Patienten zu beobachten sei. Dissoziative Zustände hätten sich in der Exploration vom 14. Dezember 2015 nicht gezeigt, seien aber von der Beschwerdeführerin geschildert worden. Differentialdiagnostische Überlegungen dazu fehlten im Gutachten der MEDAS D. _____ GmbH (pag. 78-79). Am 19. und 26. Januar 2017 sei die Beschwerdeführerin von Dr. med. E. _____ untersucht worden. Nach der Exploration der Kriegserlebnisse in der Begutachtungssituation habe sich die Beschwerdeführerin minutenlang in der Toilette übergeben. Anschliessend habe sie geklagt, es sei ihr kalt, und sei dann innert kürzester Zeit im Untersuchungszimmer eingeschlafen. Die Beschwerdeführerin sei als kooperativ und bemüht beschrieben worden.

Die Gerichtsgutachterin habe dargelegt, es fänden sich keinerlei Hinweise für Aggravation oder Simulation und das unvollständige Testergebnis der Rey-Untersuchung könne angesichts der gesamten Verhaltensweisen der Beschwerdeführerin nicht als mangelnde Kooperation interpretiert werden. Retrospektiv gesehen habe sich die Beschwerdeführerin bei der zweiten Begutachtung sehr wahrscheinlich in einem erneuten depressiven Zustand befunden, sodass die affektive Symptomatik mehr zum Vorschein gekommen sei. Die vage Schilderung der Symptome sei im Sinne des Vermeidungsverhaltens bei PTBS interpretiert worden. Der formal positive Rey-Memory-Test sei nicht als solcher gewürdigt worden. Insgesamt müsse festgehalten werden, dass bei der Begutachtung der MEDAS D. _____ GmbH dem verdeutlichenden Verhalten mehr Raum gegeben worden sei, jedoch einzelne klinische Symptome nicht genug gewürdigt worden seien, auch sei die Fremdanamnese nicht erkennbar berücksichtigt worden. Die Begutachtung durch Dr. med. E. _____ sei dagegen eher wohlwollend gegenüber der Explorandin erfolgt. Hinweise auf Aggravation seien dabei ausgeblendet worden, vielmehr sei auf die Schwere des Krankheitsbildes fokussiert worden, den Symptomen sei mehr Gewicht beigemessen worden. Insgesamt verwundere diese Konstellation mit entgegengesetzten Beurteilungen bei den beiden Begutachtungen nicht, weil die klinische Symptomatik bei der Beschwerdeführerin durch ihre teilweise übertrieben dargestellten Leidensäusserungen überlagert werde, ausserdem bestehe eine mögliche Überlagerung durch Benzodiazepin-Konsum. Dadurch werde die Abgrenzung gegenüber krankheitsbedingten Symptomen zusätzlich erschwert (pag. 79-80).

3.1.4 In der Stellungnahme vom 19. Februar 2019 (IV/2018/259, pag. 143-149) zum Obergutachten hielt die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ fest, das Verhalten der Beschwerdeführerin an den beiden Begutachtungstagen (8. August und 19. September 2018 [pag. 62 Ziff. 1.2 c]) weise auf tendenzielles Verhalten hin und sei plakativ sowie medizinisch nicht plausibel gewesen (u.a. 50x Gähnen innerhalb einer Stunde). Dr. med. H. _____ ging weiter von einem bewusst gesteuerten Verhalten aus, so auch im Zusammenhang mit der dissoziativen Störung, spreche doch die erhaltene Selbst- und Situationskontrolle mehr gegen als für das Vorliegen eines (krankheitswertigen) dissoziativen Zustandes (pag. 147). Anlässlich

der psychiatrischen Oberbegutachtungen seien keine Zeichen einer (anhaltenden) vermehrten vegetativen Übererregbarkeit und auch keine (vermehrte) Schreckhaftigkeit bei der Explorandin objektiviert worden, wie es beim Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer leistungsrelevanten krankhaften Angststörung nach ICD-10 klinisch zu erwarten gewesen wäre (pag. 148). Aus RAD-ärztlicher Sicht könne weder der diagnostischen Zuordnung noch der obergutachtlichen Leistungsbeurteilung gefolgt werden, weil bewusstseinsnahes Tendenzverhalten der Beschwerdeführerin und eine negative Beeinflussung der Leistungsbeurteilung durch die (verschwiegene) Einnahme von Benzodiazepinen überwiegen (pag. 149).

3.1.5 Im psychiatrischen Ergänzungsgutachten vom 11. Oktober 2019 (IV/2018/259, pag. 173-187) führte Dr. med. I. _____ die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (pag. 181 Ziff. 6.1):

1. Posttraumatische Belastungsstörung nach Traumatisierung im ... Krieg mit rezidivierenden dissoziativen Zuständen, Somatisierungssymptomen und Angstsymptomatik (ICD-10 F43.1)
2. Chronifizierte Depression, derzeit mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F32.1)
3. Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Medikamenten (Oxazepam, Naloxon; ICD-10 F13.1)
4. Hypersomnie und Tagesschläfrigkeit gemischter Ätiologie (im Rahmen der Diagnosen 1-3 und im Rahmen der somatischen Diagnosen; ICD-10 G47.1)

Bei der klinischen Untersuchung am 24. Juli 2019 (pag. 174 Ziff. 1.1 d) habe sich das Krankheitsbild im Vergleich zum 19. September 2018 (pag. 62 Ziff. 1.2 c) leicht verändert: Die Müdigkeit sei zwar glaubhaft und ohne Hinweise auf Inkonsistenzen bei den Schilderungen berichtet worden, habe sich jedoch während der Exploration nicht mehr gezeigt. Die dissoziative Symptomatik werde aktuell weiterhin berichtet, die depressive Symptomatik halte an. Neben dem durch die eindeutigen klinischen Befunde objektivierten Krankheitskern bestünden aber auch, wie schon im Jahr 2018, aggravatorische Anteile. Die klinische Symptomatik werde durch einen möglichen Medikamentenkonsum in Eigenregie, der als Versuch einer Selbstmedikation gedeutet werde, kontaminiert. Unter Berücksichtigung des Längs- und Querschnittes handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um

eine mittelgradig ausgeprägte komorbide psychische Störung mit entsprechenden Einschränkungen der Funktionalität, welche weiterhin und unverändert Auswirkungen auf den Alltag habe. Die Arbeitsfähigkeit liege nach wie vor bei höchstens 50 % in einer adaptierten Tätigkeit (pag. 182 Ziff. 7.1, vgl. auch pag. 186 Ziff. 8.1 und 8.2). Zur Stellungnahme des RAD (vgl. pag. 143-149) führte Dr. med. I. _____ aus, dass einseitig nur die aggravatorischen Anteile hervorgehoben, die Krankheitsanteile jedoch nicht gewürdigt bzw. ausgeblendet würden. In der Gesamtwürdigung der dokumentierten Krankengeschichte wie auch der anamnestischen und fremdanamnestischen Angaben, der Befunde und des klinischen Eindrucks ergebe sich – auch unter Würdigung vorhandener Inkonsistenzen – sowohl aus der ersten wie auch aus der aktuellen Begutachtung ein krankheitswertiges Geschehen mit relevanten funktionellen Leistungseinschränkungen. Was das von der RAD-Ärztin als „medizinisch nicht plausibel“ gewertete wiederholte Gähnen betreffe, müsse angemerkt werden, dass die Beschwerdeführerin während des nahezu ununterbrochenen Gähnens sehr müde gewirkt habe und das Schamerleben mit wiederholtem Entschuldigen für dieses Verhalten deutlich und glaubhaft gewesen sei. Diese Symptomatik habe Leidensdruck erzeugt. Ferner habe die extreme Müdigkeit mit den eigenanamnestischen Angaben korreliert sowie mit den wiederholten Erwähnungen in der Aktenlage über die Tagesschläfrigkeit und das wiederholte Einschlafen am Tag (pag. 185 Ziff. 7.4). Zur PTBS konstatierte die Obergutachterin, massgeblich sei der klinische Eindruck der Authentizität einer wesentlichen Kernbeschwerde mit dem Ereignis einer sich in typischer Weise darstellenden dissoziativen Symptomatik gewesen, die zudem sehr gut im Einklang mit der vorliegenden Dokumentation stehe. Die praktisch „offline“ erfolgte Analyse (durch die RAD-Ärztin) von dokumentiertem Verhalten ohne den gleichzeitig bestehenden klinischen Eindruck erscheine problematisch. Eine dissoziative Episode müsse klinisch validiert werden, eine nachträgliche Validierung oder Nicht-Validierung über die Analyse von Text sei nicht möglich (pag. 184).

3.1.6 In einer weiteren Stellungnahme vom 9. Januar 2020 (IV/2018/259, pag. 203-208) führte die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ aus, die obergutachterliche Leistungsbeurteilung sei an allen Untersuchungstagen einschliesslich der Ergänzungsbegutachtung am 24. Juli 2019

(vgl. pag. 174 Ziff. 1.1 d) durch die Einnahme von Substanzen (Oxazepam, Naloxon) negativ verzerrt worden. Auch weiterhin könne weder der diagnostischen Zuordnung noch der obergutachterlichen Leistungsbeurteilung gefolgt werden, weil bewusstseinsnahes Tendenzverhalten und eine negative Beeinflussung der Leistungsbeurteilung durch die (verschwiegene) Einnahme der oben genannten Substanzen überwiegen (pag. 207).

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

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

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach konstanter Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe gerade darin besteht, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist, von unzutreffenden Sachverhaltshypothesen ausgeht (BGE 119 V 335 E. 4c S. 346; SVR 2018 UV Nr. 26 S. 92 E. 4.1) oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in

überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann zudem gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b aa S. 352; SVR 2019 IV Nr. 67 S. 217 E. 3.3).

3.3 Das auf Anweisung des Bundesgerichts eingeholte Gerichtsgutachten von Dr. med. I. _____ vom 13. November 2018 (IV/2018/259, pag. 61-107) samt Ergänzung vom 11. Oktober 2019 (pag. 173-187) erfüllt die von der Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiavor) und überzeugt. Insbesondere basiert die Beurteilung auf drei umfassenden Untersuchungen (8. August und 19. September 2018 [pag. 62 Ziff. 1.2 c], 24. Juli 2019 [pag. 174 Ziff. 1.1 d]), berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet (pag. 85-101, 175 Ziff. 2) – insbesondere mit dem Administrativgutachten der MEDAS D. _____ GMBH vom 23. Mai 2016 (AB 67.1) sowie dem Gerichtsgutachten von Dr. med. E. _____ vom 9. März 2017 (IV/2016/973, pag. 36-54; vgl. pag. 78-80 Ziff. 7.1). Sie erfolgte nach sorgfältiger Anamnese- (pag. 65-72 Ziff. 3, samt Fremdanamnese [pag. 75-76 Ziff. 5]) und Befunderhebung (pag. 72-74 Ziff. 4) und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Obergutachten voller Beweiswert zu (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

3.3.1 Die Obergutachterin Dr. med. I. _____ legte gestützt auf die an drei verschiedenen Terminen durchgeführten fachärztlichen Untersuchungen samt den (teilweise zweimal) durchgeführten testpsychologischen Zusatzuntersuchungen (Beck Depressions-Inventar [BDI], Montgomery Asberg Depression Rating Scale [MADRS], RMT; pag. 74, 180, jeweils Ziff. 4.3; vgl. auch pag. 125-129) sowie zahlreiche Fremdanamnesen (pag. 75-76, 180-181, jeweils Ziff. 5) schlüssig und für den Rechtsanwender anhand der klassifikatorischen Vorgaben nachvollziehbar und einleuchtend

dar, dass die Voraussetzungen für das Stellen der Diagnosen einer PTBS nach Traumatisierung im ... Krieg mit rezidivierenden dissoziativen Zuständen, Somatisierungssymptomen, schwerer Angstsymptomatik und Hypersomnie (ICD-10 F43.1), einer chronifizierten Depression, derzeit mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F32.1), sowie der Verdachtsdiagnose Benzodiazepinkonsum unklaren Ausmasses (pag. 76 Ziff. 6, vgl. pag. 181 Ziff. 6) erfüllt waren. Insbesondere referierte die Obergutachterin bezüglich der posttraumatischen Belastungsstörung das Belastungskriterium eingehend (Kriterium A; Kriegserlebnisse ... in ... mit Besetzung des Heimatdorfes durch das ... Militär und Furcht um das eigene Leben sowie dasjenige der Familie [pag. 69 Ziff. 3.2, 76-77 Ziff. 7.1]), ferner das Kriterium der anhaltenden Erinnerungen (Kriterium B; nach dem Krieg jahrelang wiederkehrende Albträume [pag. 69 Ziff. 3.2], Erinnerungen mit Wiedererleben der Kriegereignisse und dissoziativen Zuständen, ausgelöst durch Trigger [pag. 69-70 Ziff. 3.2, 77 Ziff. 7.1]), das Vermeidverhalten (Kriterium C; Vermeiden des Besuchs des Ortes der Kriegsgeschehen, Vermeiden von Kriegsbildern in den Nachrichten bzw. von Fernsehsendungen mit Gewaltinhalten [pag. 69 Ziff. 3.2, 77 Ziff. 7.1]), die Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (Kriterium D; Reizbarkeit, Ängstlichkeit, Schlafstörungen mit Albträumen, erhöhte Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen [pag. 77 Ziff. 7.1]) sowie das Auftreten der Kriterien B, C und D innerhalb von Monaten nach dem Aufenthalt im Heimat- und Nachbardorf (pag. 77 Ziff. 7.1; vgl. zum Ganzen DILLING/MOMBOUR/ SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6. Aufl. 2016, S. 136). Anlässlich der (zweiten) Untersuchung vom 19. September 2018 (pag. 62 Ziff. 1.2 c, 73) wurden die Kriegserlebnisse gezielt erhoben, wodurch laut der Obergutachterin ein klassischer dissoziativer Zustand ausgelöst wurde mit unter anderem Schilderung der Bilder vom Erlebten im Krieg, Einengung des Bewusstseins, Bericht über entsprechende körperliche Erinnerungen (Juckreiz) und (aktuellem) Kratzen, Bericht über den aufdringlichen Charakter der Bilder und Zeigen deutlicher vegetativer Symptome mit Erhöhung der Pulsfrequenz auf 120/min, die sich nachher wieder auf 80/min zurückbildete (vgl. pag. 70 Ziff. 3.2, 73 Ziff. 4.1, 76-77 Ziff. 7.1). Fremdanamnestisch erhob die Obergutachterin damit übereinstimmende Feststellungen der ehemals behandelnden Psychiaterin

Dr. med. K._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (schwere Dissoziation im Rahmen der Traumatherapie), sowie von L._____, diplomierte Pflegefachfrau HF Psychiatrie (dissoziativer Zustand ausgelöst durch ein Militärflugzeug [pag. 75 Ziff. 5]). Diese diagnostische Beurteilung einer PTBS steht überdies im Einklang mit jener der Gerichtsgutachterin Dr. med. E._____, welche – nebst dem depressiven Geschehen – eine komplexe PTBS (ICD-10 F62.0, richtig: andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) diagnostizierte (IV/2016/973, pag. 48 Ziff. g, 52 Ziff. III.1) und derjenigen der ehemals behandelnden Psychiaterin Dr. med. K._____, (Bericht vom 30. April 2015 [AB 35/1 Ziff. 1.1]) sowie der Ärzte des Spitals M._____, (vgl. u.a. Berichte vom 1. Juli 2004 [AB 12/29], 30. März 2006 [AB 12/16], 5. Juni 2013 [AB 12/11] und 31. März 2014 [AB 12/8]), der Klinik P._____, (Bericht vom 19. Juni 2014 [AB 12/2]), des psychiatrischen Dienstes O._____) Bericht vom 13. Februar 2006 [AB 48/11]) und der psychiatrischen Dienste Q._____, (Berichte vom 30. Dezember 2014 [AB 27/1 Ziff. 1.1] und 18. August 2015 [AB 52/2 Ziff. 1.1]). Schlüssig ist ferner die obergutachterlich gestellte Diagnose einer chronifizierten Depression, derzeit mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F32.1 [pag. 76 Ziff. 6]), die mit den Vorakten ebenfalls im Einklang steht, wobei die Ausprägung nicht immer gleich schwer ausfiel. So stellten die Ärzte im Jahr 2006 die Diagnose einer schwergradigen Depression (AB 12/14, 12/16), im Jahr 2013 bzw. 2014 einer rezidivierenden mittel- bis schwergradigen Episode (AB 12/2, 12/8, 12/11, 27/1 Ziff. 1.1) und im Jahr 2015 diejenige einer schweren Episode (AB 35/1 Ziff. 1.1). Auch gingen die Ärzte der psychiatrischen Dienste Q._____, bereits in ihren Berichten vom 30. Dezember 2014 und 18. August 2015 von einer starken Chronifizierung aus (AB 27/3 Ziff. 1.4, 52/3 Ziff. 1.4).

3.3.2 Die Obergutachterin hat – im Gegensatz zur Gerichtsgutachterin Dr. med. E._____, und den Gutachtern der MEDAS D._____, GmbH – die Angaben der Beschwerdeführerin durchwegs kritisch, indes nicht einseitig, sondern ausgewogen gewürdigt und hinterfragt und ging Diskrepanzen jeweils durch mehrfaches Nachfragen und Konfrontieren mit widersprüchlichen Angaben auf den Grund, so dass sie scheinbare Widersprüche aufzulösen oder aber tatsächliche Inkonsistenzen bzw. aggravato-

risches Verhalten (positiver RMT [pag. 74 Ziff. 4.3], unzutreffende Angaben zum Medikamentenkonsum [pag. 182]) festzustellen vermochte (z.B. pag. 65-66 Ziff. 3.2, 72-73 Ziff. 4.1). Die Expertin beurteilte die anamnestischen Angaben durchwegs sehr differenziert, indem sie auffälliges bzw. inkonsistentes Verhalten der Beschwerdeführerin unter allen in Frage kommenden Aspekten (Aggravation, Verständnisprobleme, Ausdruck einer psychischen Störung, Überlagerung durch Benzodiazepinkonsum) diskutierte (z.B. pag. 81 Ziff. 7.3) und zuordnete. Dadurch gelangte sie nachvollziehbar und einleuchtend zum Schluss, es liege bei der Beschwerdeführerin einerseits ein krankheitsbedingter „Leidenskern“ vor und andererseits eine darüber hinausgehende Aggravation, was die Würdigung des gesamten Krankheitsbildes schwierig mache (pag. 81 Ziff. 7.3). In ebenso überzeugender Weise setzte sich die Obergutachterin mit den zwei Vorgutachten auseinander und zeigte auf, dass keine unauflösbaren Diskrepanzen bestehen, wenn die jeweils erhobenen Befunde kritisch und ausgewogen gewürdigt werden, was von den Vorgutachtern jedoch unterlassen wurde, indem der Fokus einseitig entweder auf die Aggravation (Gutachten der MEDAS D. _____ GmbH [u.a. AB 67.1/22-23, 67.1/48-51]) oder die Schwere des Krankheitsbildes (Gerichtsgutachten von Dr. med. E. _____ [u.a. IV/2016/973, pag. 50-52, 54]) gelegt wurde (pag. 78-80 Ziff. 7.1).

3.3.3 Weiter überzeugt ebenso die aus Anamnese, Befund und Diagnose gezogene Einschätzung der Obergutachterin, wonach in der bisherigen Tätigkeit in der ... krankheitsbedingt höchstens eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. Eine darüber hinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erachtete sie zwar durchaus als möglich, aufgrund der möglichen Aggravation sowie des Benzodiazepinkonsums sei eine nähere Beurteilung bei Überlagerung der Symptomatik aber nicht quantifizierbar (pag. 81-82 Ziff. 8.1 und 8.2, 182-183 Ziff. 7.1, 186 Ziff. 8.1 und 8.2). Mithin legte sie die Unsicherheiten der Arbeitsfähigkeitseinschätzung offen, welches transparente Aufzeigen der Unsicherheiten und Unklarheiten für den Beweiswert ihrer Oberexpertise spricht (Entscheid des BGer vom 21. Juni 2016, 9C_614/2015, E. 5.1, mit Hinweis auf SUSANNE BOLLINGER, Der Beweiswert psychiatrischer Gutachten in der Invalidenversicherung, Jusletter vom 31. Januar 2011, Rz. 24), und bereinigte die Arbeitsfähigkeitsschätzung um die Aggravation und den Benzodiazepinkonsum (vgl. BGE 141 V 281

E. 2.2.2 S. 288), indem sie eine allenfalls höhere Einschränkung explizit unberücksichtigt liess bzw. nur die auf den „Leidenskern“ zurückzuführende Einschränkung miteinbezog. Nach dem Gesagten ist von der obergutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, wonach in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit (ohne Zeitdruck und mit verständnisvollem Vorgesetzten) eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % besteht (pag. 81-82, 186, jeweils Ziff. 8.1 und 8.2). Der von der Obergutachterin festgesetzte Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2014 steht im Einklang mit zahlreichen echtzeitlichen Berichten bzw. Attesten der behandelnden Ärzte (AB 12/9, 18.2/2 Ziff. 8, 27/3 Ziff. 1.6, 35/5 Ziff. 1.5, 52/4 Ziff. 1.6) sowie den anamnestischen Angaben (pag. 67 Ziff. 3.2) und überzeugt.

3.3.4 Die Beschwerdegegnerin vermag keine zwingenden Gründe aufzuzeigen, die es rechtfertigten, vom Gerichtsobergutachten abzuweichen (zum Beweiswert von Gerichtsgutachten ERIK FURRER, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, in: SZS 2019 S. 4). Soweit die RAD-Psychiaterin Dr. med. H. _____ mit verschiedenen Befunden und Feststellungen darlegte, die Beschwerdeführerin habe bei der Begutachtung bewusstseinsnahes Tendenzverhalten gezeigt (pag. 147-148, vgl. auch pag. 207), stellt dies keinen von der Obergutachterin nicht gewürdigten oder gar unerkannt gebliebenen Aspekt dar (vgl. dazu auch pag. 184 Ziff. 7.4). Im Gegenteil hat die Obergutachterin diesen Aspekt ausdrücklich festgehalten, in ihre differenzierte Beurteilung miteinbezogen und bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entsprechend gewichtet, nota bene zu Lasten der Beschwerdeführerin im Sinne einer Beweislosigkeit für eine höhere als die attestierte Arbeitsfähigkeit. Dasselbe gilt für die verschwiegene Einnahme von Benzodiazepinen (pag. 82 Ziff. 8.1, 148-149). Anders als die Beschwerdegegnerin annimmt (pag. 139 Ziff. 2), führt das Vorliegen von Aggravation gemäss Rechtsprechung nicht automatisch zur Verneinung jeglicher versicherten Gesundheitsschädigung, sondern nur insoweit, als die Leistungseinschränkung auf Aggravation beruht, was hier gestützt auf das Obergutachten gerade nicht der Fall ist (BGE 141 V 281 E. 2.2.2 S. 288; Entscheide des BGer vom 26. September 2019, 8C_536/2019, E. 4.3, und vom 18. Dezember 2019, 9C_462/2019, E. 4.3.2 und 4.3.3). Weiter interpretierte die

RAD-Ärztin die erhobenen Befunde – insbesondere in Bezug auf den dissoziativen Zustand – anders als die Obergutachterin, wobei dies bereits deshalb nicht überzeugt, weil im Rahmen der Psychiatrie der persönliche Eindruck – welche der RAD-Ärztin gänzlich abging – von ausschlaggebender Bedeutung ist (vgl. statt vieler: Entscheide des BGer vom 4. August 2016, 9C_410/2016, E. 2.2.1, und vom 27. April 2015, 8C_721/2014, E. 7.3). Abgesehen davon ist nicht nachvollziehbar, inwiefern die Beschwerdeführerin ihr Pulsverhalten (Erhöhung der Pulsfrequenz auf 120/min, die sich danach wieder zurückbildete [pag. 73-74 Ziff. 4.1 und 4.3, 77 Ziff. 7.1]) willentlich hätte beeinflussen können (pag. 147). Dass von der Obergutachterin keine Pulskontrolle vorgenommen worden sei (pag. 147), ist im Übrigen aktenwidrig (pag. 73-74 Ziff. 4.1 und 4.3, 77 Ziff. 7.1). Soweit die RAD-Ärztin bemängelt, die Expertin habe im Zeitpunkt des dissoziativen Zustands keine Blutdruckverlaufskontrolle vorgenommen (pag. 147), ist festzuhalten, dass die Durchführung von Tests und Untersuchungen grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten unterliegt (statt vieler: Entscheid des BGer vom 9. November 2017, 8C_466/2017, E. 5). In concreto ist nicht einsehbar, weshalb die fachgutachterliche Beobachtung samt detaillierter Dokumentation des dissoziativen Zustands (pag. 70, 73, 77) ohne Blutdruckverlaufskontrolle nicht hätte ausreichend sein sollen. Ebenfalls leuchtet nicht ein, weshalb das Äussern des Wunsches nach einem Toilettengang gegen eine leistungsrelevante affektive Störung sprechen soll (pag. 147-149, vgl. hierzu auch pag. 184 Ziff. 7.4), sowie weshalb es nach Erwähnung der Schlüsselwörter durch die Gutachterin zwingend unmittelbar – und nicht erst nach ein paar Minuten (vgl. pag. 73 Ziff. 4.1) – zu Symptomen einer dissoziativen Störung hätte kommen müssen (pag. 147).

3.4 Nach dem Dargelegten ist der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt hinreichend erstellt, womit auf weitere Abklärungen in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) verzichtet werden kann. Zu Recht wird weder geltend gemacht noch bestehen Hinweise dafür, dass die Beschwerdeführerin aus rein somatischer Sicht (zusätzlich) in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt wäre. Zu prüfen bleibt damit, ob anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE

141 V 281 der obergutachterlich aus psychischen Gründen attestierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit von (maximal) 50 % auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann (E. 2.2.2 hiervor).

3.4.1 Wie bereits ausgeführt bestehen vorliegend zwar Hinweise auf eine über den objektiv bestehenden krankheitsbedingten „Leidenskern“ hinausgehende Aggravation (vgl. pag. 77 Ziff. 7.1, 81 Ziff. 7.3.), gleichzeitig legte die Obergutachterin überzeugend dar, dass daneben mit der PTBS (ICD-10 F43.1) und der chronifizierten Depression, derzeit mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F32.1; pag. 76, 181, jeweils Ziff. 6.1), eine verselbstständigte Gesundheitsstörung ausgewiesen ist. In der Folge wurde die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer lege artis vorgenommenen fachärztlichen Beurteilung nachvollziehbar begründet und der Aggravation hinreichend Rechnung getragen (vgl. E. 3.3.3 und 3.3.4 hiervor). Insgesamt liegt angesichts der differenzierten – die aggravatorischen Anteile ausschheidenden – Betrachtung durch die Obergutachterin kein Ausschlussgrund vor (vgl. E. 2.2.2 hiervor; vgl. auch Entscheid des BGer vom 6. März 2019, 8C_825/2018, E. 8.1-8.3). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat.

3.4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298):

3.4.2.1 Der Komplex „Gesundheitsschädigung“ ergibt was folgt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298):

Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) ist Folgendes festzuhalten: Anlässlich der Oberbegutachtung fand sich im psychopathologischen Befund eine depressive Symptomatik, aktuell mittelgradig. Seit 2014 bestehe das Bild einer reaktivierten PTBS und einer schwer- bis mittelgradigen Depression mit zunehmenden Ängsten und Hypersomnie (pag. 80 Ziff. 7.2). Auffallend war eine äusserlich wahrnehmbare starke Müdigkeit, wobei sich ein deutlicher Leidensdruck gezeigt habe. Zudem konnte am zweiten Explorationstag ein

dissoziativer Zustand ausgelöst werden (pag. 73 Ziff. 4.1). Die Orientierung in zeitlicher Hinsicht war unsicher, die Aufmerksamkeit schwankend, die Konzentration gestört und im Affekt war die Beschwerdeführerin reduziert schwingungsfähig, verarmt, abgestumpft und erloschen wirkend (pag. 73-74 Ziff. 4.3), was sich denn auch in den testpsychologischen Untersuchungen niederschlug (BDI mit 49 Punkten, MADRS mit 29 Punkten [pag. 74 Ziff. 4.3; vgl. auch pag. 125-128]). Die Obergutachterin beurteilte die Ressourcen der Beschwerdeführerin als deutlich eingeschränkt (u.a. aufgehobene Fähigkeit, sich an Regeln und Routinen anpassen zu können, gestörte Durchhaltefähigkeit, reduzierte Umstellungsfähigkeit, reduzierte Fähigkeit, die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen bei Angabe von zahlreichen Ängsten). Die fehlende Verarbeitung der Kriegserlebnisse mit chronischem Vermeidungsverhalten und wiederholtem Wiedererleben der Belastungen bei wahrscheinlichen inneren Triggern stelle eine dauerhafte Belastung dar (pag. 81 Ziff. 7.4). Im ergänzenden Gutachten beurteilte die Expertin die psychische Störung als mittelgradig ausgeprägt mit entsprechenden Einschränkungen der Funktionalität (pag. 182 Ziff. 7.1).

Hinsichtlich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu beachten, dass die gesundheitliche Problematik bereits langjährig besteht und in den Jahren 2004 bis 2006 mehrfach (teil-)stationäre Behandlungen im Spital M._____, des Spitals N._____ und im psychiatrischen Dienst O._____ (vgl. AB 12/14, 12/16, 12/22, 12/25, 12/29, 48/2, 48/6, 48/8) sowie in den Jahren 2014 und 2015 in der Klinik P._____ und bei den psychiatrischen Diensten Q._____ stattfanden (AB 25/6, 27/1 Ziff. 1.2). Die Behandlung bestand überdies insbesondere in ambulanter psychiatrischer-psychotherapeutischer Behandlung (vgl. AB 12/23), Ergo-, Physio- und Maltherapie (vgl. AB 12/17, 12/31, 27/3 Ziff. 1.5, 67.1/13, 67.1/45), Medikamenteneinnahme (vgl. AB 12/15, 12/23, 12/28, 12/31, 25/7, 27/3 Ziff. 1.5, 48/4, 48/7, 48/11, 52/3 Ziff. 1.5, 67.1/13, 67.1/45; IV/2016/973, pag. 43 Ziff. c), Begleitung durch eine psychiatrische Pflegefachfrau (vgl. AB 27/3 Ziff. 1.5; IV/2018/259, pag. 68 Ziff. 3.2, 75 Ziff. 5) sowie in langjährigen Konsultationen unter anderem bei der Psychiaterin Dr. med. K._____ (vgl. AB 12/9, 25/21, 27/3 Ziff. 1.5, 35/2 Ziff. 1.2, 67.1/45; IV/2016/973, pag. 43 Ziff. c; IV/2018/259, pag. 68 Ziff. 3.2 und 75 Ziff. 5).

Die Obergutachterin empfahl eine (erneute) stationäre bzw. tagesklinische Behandlung mit Aufbau einer Tagesstruktur, aktivierenden Massnahmen und Optimierung der medikamentösen Einstellung. Dabei sollten die Ursachen der ausgeprägten Tagesschläfrigkeit abgeklärt, der Benzodiazepinkonsum evaluiert und gegebenenfalls abgebaut sowie die Indikation zur narrativen Traumatherapie durch einen erfahrenen Traumatherapeuten evaluiert werden (IV/2018/259, pag. 82 Ziff. 8.3). In Bezug auf die berufliche Eingliederung ist festzustellen, dass es der Beschwerdeführerin zwischenzeitlich gesundheitlich besser ging (ca. 2010 bis 2014), in welchen Jahren sie auch gearbeitet hat (vgl. AB 25/18, 25/21, 52/3 Ziff. 1.4, 67.1/11, 67.4/32; pag. 67-68 und 70 Ziff. 3.2). Anlässlich der Oberbegutachtung hielt sie sich in der ursprünglichen Tätigkeit in der ... für nicht mehr arbeitsfähig (pag. 70 Ziff. 3.2), äusserte jedoch den Wunsch, wieder arbeiten zu können (pag. 72 Ziff. 3.2).

Was die Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) betrifft, hielt die Obergutachterin fest, die protrahierte, mittlerweile chronifizierte Depression sei in ihrer Ätiologie eng mit der PTBS verbunden und sie ging von einer komorbiden Störung aus, deren Verlauf äusserst ungünstig sei; die Symptomatik nehme zu. Weiter stehe die Hypersomnie am ehesten im Zusammenhang mit der Grunderkrankung der PTBS. Das Ausmass der Tagesschläfrigkeit sei ungewöhnlich, deren primärer Zusammenhang mit psychischer Belastung eindeutig (pag. 77 Ziff. 7.1).

3.4.2.2 Betreffend den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist festzustellen, dass obergutachterlich keine wesentliche Persönlichkeitsakzentuierung oder gar eine Persönlichkeitsstörung festgehalten wurde, die fehlende Verarbeitung der Kriegserlebnisse mit chronischem Vermeidungsverhalten und wiederholtem Erleben der Belastungen aber eine dauerhafte Belastung darstelle. Die Ressourcen der Beschwerdeführerin seien durch die chronifizierte Erkrankung erheblich eingeschränkt (pag. 81 Ziff. 7.4).

3.4.2.3 Zum Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin mit dem Ehemann sowie dem Sohn und dessen Ehefrau in einer Mietwohnung lebe und die Tochter sowie deren Sohn fast jeden Tag bzw. zwei- bis dreimal pro Woche sehe

(pag. 70-71 Ziff. 3.2, 177 Ziff. 3.2). Weiter besuche ihr Bruder sie ein- bis zweimal pro Monat (pag. 71 Ziff. 3.2). Zudem gehe sie mit ihrem Ehemann mehrmals pro Woche spazieren, weitere Freizeitbeschäftigungen habe sie nicht (pag. 71 Ziff. 3.2, 177 Ziff. 3.2).

3.4.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie „Konsistenz“. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

3.4.3.1 Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben keinen geregelten Tagesablauf habe bzw. tagsüber mehrmals wie auch nachts ca. zwischen 21:00 Uhr und (09:00 Uhr bis) 10:00 Uhr schlafe und gewisse Tage praktisch vollständig im Liegen verbringe. Daneben helfe sie dem Ehemann beim Tischdecken sowie Geschirrspüler ein- und ausräumen und räume ihren Teller nach dem Essen selbst weg. Einmal pro Woche würde sie im Sitzen die Wäsche falten (pag. 71 Ziff. 3.2, 177 Ziff. 3.2). Aktivitäten, die mit der attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit nicht vereinbar wären, bestehen keine.

3.4.3.2 Die jahrelange und mannigfaltige Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) spricht für einen erheblichen Leidensdruck, auch wenn die therapeutischen Möglichkeiten allenfalls noch nicht vollständig ausgeschöpft sind (vgl. E. 3.4.2.1 hiavor).

3.5 In der Gesamtbetrachtung – samt Berücksichtigung der aggravatorischen Anteile (vgl. u.a. pag. 77 Ziff. 7.1, 81 Ziff. 7.3, vgl. auch E. 3.4.1 hiavor) – sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren überwiegend wahrscheinlich erstellt, so dass auch aus rechtlicher Optik auf die ärztlicherseits attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit 2014 abzustellen ist. Auf dieser Grundlage ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen, zumal die daneben bestehenden somatischen Beschwerden unbestrittenermassen keine relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen (vgl. AB 67.1/23 Ziff. D).

4.

4.1 Unter Berücksichtigung der Anmeldung zum Leistungsbezug im September 2014 (AB 1; Art. 29 Abs. 1 IVG) und der obergutachterlich seit 2014 ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit (pag. 82 Ziff. 8.1 und 8.2; vgl. auch AB 12/9, 27/3 Ziff. 1.6, 35/5 Ziff. 1.5, 52/4 Ziff. 1.6; Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) liegt der frühestmögliche Rentenbeginn im März 2015.

4.2 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG). Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich [Art. 28a Abs. 1 IVG], Betätigungsvergleich [Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode], gemischte Methode [Art. 28a Abs. 3 IVG]) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30; SVR 2019 IV Nr. 3 S. 7 E. 5.1).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat den Status der Beschwerdeführerin nicht abgeklärt, obschon bereits im Erstgespräch vom 1. März 2015 festgehalten wurde, dieser sei „unklar“ (AB 15/1). Diese Frage kann aufgrund der derzeitigen Aktenlage nicht ohne weiteres beantwortet werden, weil die Beschwerdeführerin zur Zeit des Erstgesprächs in einem 50 %-Pensum angestellt war (AB 15/1, vgl. auch AB 11/2 Ziff. 2.9), davor aber auch schon vollschichtig gearbeitet habe (vgl. AB 67.1/43; pag. 70 Ziff. 3.2 sowie auch den Auszug aus dem individuellen Konto [IK], wonach sie im Jahr 2011 vier verschiedene Arbeitgeber hatte [AB 14/3]). Diesbezüglich ist der Sachverhalt nicht liquid und es bedarf weiterer Abklärungen, gegebenenfalls auch eines Abklärungsberichts Haushalt (vgl. Rz. 1058 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]; Rz. 2114 ff.

des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KS-VI]), wofür die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

5.

5.1 Hinsichtlich der versicherungsmässigen Voraussetzungen (vgl. hierzu Stellungnahme vom 4. April 2017, S. 2 Ziff. 2 [IV/2016/973, pag. 65]; Stellungnahme vom 20. Februar 2019, S. 2 Ziff. 3 [IV/2018/259, pag. 139]; Vernehmlassung vom 10. Januar 2020, S. 2 Ziff. 5 [IV/2018/259, pag. 200]) ist das Nachstehende festzustellen:

5.2 Ausländische Staatsangehörige sind, vorbehältlich Art. 9 Abs. 3 IVG, nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben (Art. 6 Abs. 2 IVG). Anspruch auf eine ordentliche (Invaliden-)Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet haben (aArt. 36 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen und hier massgeblichen Fassung [AS 1959 837; vgl. zum anwendbaren Recht BGE 140 V 41 E. 6.3.1 S. 44, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, SVR 2018 KV Nr. 2 S. 14 E. 2, sowie AB 1/1 Ziff. 1.6 bzw. 6/1 hinsichtlich der im Juni 2002 erfolgten Einreise in die Schweiz]). Für die Berechnung der ordentlichen Renten sind vorbehältlich Abs. 3 die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10) sinngemäss anwendbar (aArt. 36 Abs. 2 Satz 1 IVG).

Anspruch auf eine ordentliche Alters- oder Hinterlassenenrente haben die rentenberechtigten Personen, denen für mindestens ein volles Jahr Einkommen, Erziehungs- oder Betreuungsgutschriften angerechnet werden können, oder ihre Hinterlassenen (Art. 29 Abs. 1 AHVG). Ein volles Beitragsjahr liegt vor, wenn eine Person insgesamt länger als elf Monate im Sinne von Art. 1a oder 2 AHVG versichert war und während dieser Zeit den Mindestbeitrag bezahlt hat oder Beitragszeiten im Sinne von Art. 29^{ter} Abs. 2 lit. b und c AHVG aufweist (Art. 32 Abs. 1 der Verordnung vom

17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201] i.V.m. Art. 50 der Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVV; SR 831.101]). Gemäss Art. 29^{ter} Abs. 2 AHVG gelten als Beitragsjahre Zeiten in welchen eine Person Beiträge geleistet hat (lit. a), in welchen der Ehegatte gemäss Art. 3 Abs. 3 mindestens den doppelten Mindestbeitrag entrichtet hat (lit. b) sowie Zeiten für welche Erziehungs- oder Betreuungsgutschriften angerechnet werden können (lit. c; vgl. auch Art. 29^{sexies} und 29^{septies} AHVG; vgl. zum Ganzen auch BGE 125 V 253 E. 1 S. 254 f.).

5.3 Die Beschwerdeführerin reiste im Juni 2002 in die Schweiz ein (AB 1/1 Ziff. 1.6, 6/1) und war zunächst als Hausfrau und Mutter (Sohn 1989 [AB 6/6], Tochter 1991 [AB 6/7]) tätig (IV/2016/973, pag. 43), bis sie von 2009 bis 2013 erwerbstätig war und (eigene) Beiträge geleistet hat (IK-Auszug [AB 14]; vgl. Art. 29^{ter} Abs. 2 lit. a AHVG). Für die Zeit davor bzw. für die Zeit seit der Einreise ist davon auszugehen, dass ihr Erziehungsgutschriften für die beiden Kinder anzurechnen wären (vgl. Art. 29^{ter} Abs. 2 lit. c i.V.m. Art. 29^{sexies} Abs. 1 AHVG), eventuell auch Beiträge ihres Ehemannes (vgl. Art. 29^{ter} Abs. 2 lit. b i.V.m. Art. 3 Abs. 3 AHVG; entsprechende Unterlagen sind nicht aktenkundig). Damit hat die Beschwerdeführerin die einjährige Beitragsdauer grundsätzlich erfüllt (vgl. auch E. 5.2 hiavor), sofern sich der Versicherungsfall Invalidität noch nicht verwirklicht hatte.

5.4 Im Fall einer Rente gilt die Invalidität in dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem der Anspruch nach Art. 29 Abs. 1 i.V.m. Art. 28 Abs. 1 IVG entstanden ist (vgl. auch Art. 4 Abs. 2 IVG). 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 dem Obergutachten bestand zwar bereits seit 2001 eine psychische Problematik (PTBS), doch erfolgten offenbar erst in den Jahren 2004 bis 2006 ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungen

(IV/2018/259, pag. 80 Ziff. 7.2; vgl. auch AB 12/14-29, 47-48). Eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestierte Dr. med. I. _____ erst ab 2014; zuvor sei der Zustand besser gewesen (Zustandsverschlechterung seit 2014 [pag. 80 Ziff. 7.2]) bzw. erst seither sei die Beschwerdeführerin durchgängig krankgeschrieben worden (pag. 64 Ziff. 1d; vgl. auch AB 18.2/2 Ziff. 8, 27/3 Ziff. 1.6, 35/5 Ziff. 1.6, 52/4 Ziff. 1.6). Dass bereits bei der Einreise in die Schweiz im Jahr 2002 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden hätte, ist – gerade mit Blick auf den von der Gerichtsobergutachterin beurteilten Verlauf mit unterschiedlicher Ausprägung der psychischen Störungen bzw. teils relativ stabilen Phasen (pag. 80 Ziff. 7.2) – nicht überwiegend wahrscheinlich (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) erstellt. Doch selbst wenn entgegen dem Gesagten von einer seit der Einreise in die Schweiz bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 50 % (bezogen auf die Erwerbstätigkeit) ausgegangen würde, wäre nicht erstellt, dass die Beschwerdeführerin – damals Hausfrau (ohne Erwerbsanteil) – in Anwendung der spezifischen Methode (aArt. 5 Abs. 1 IVG [in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung] i.V.m. aArt. 27 IVV [in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung] bzw. Art. 28a Abs. 2 IVG; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293) einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad (40 % [E. 2.3 hiervor]) erreicht hätte. Des Weiteren wäre ebenso wenig erstellt, dass die Arbeitsunfähigkeit seither durchgehend bestanden hätte, gab die Beschwerdeführerin doch – übereinstimmend mit den Verbuchungen gemäss IK-Auszug (AB 14) – an, nach einer schlechten Phase zwischen 2004 und 2009 sei es ihr ab ca. 2010 bis zum Verlust der Arbeitsstelle im Jahr 2014 „gut gegangen“ (pag. 67 Ziff. 3.2) und sie habe zeitweise mit hohen Pensen gearbeitet (pag. 70 Ziff. 3.2; vgl. auch AB 15/1 Ziff. 2, 67.1/11, 67.1/17, 67.1/20, 67.1/27, 80/4, wonach sie teilweise vollschichtig gearbeitet habe). Diesfalls wäre eine allfällige leistungsspezifische Invalidität (Invaliditätsgrad von 40 %) dahingefallen, womit die versicherungsmässigen Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente erfüllt gewesen wären (vgl. Entscheid des BGer vom 21. März 2016, 9C_711/2015, E. 5). Gemäss dem Ausgeführten sind die versicherungsmässigen Voraussetzungen so oder anders erfüllt, ohne dass die Anrechnung von Beitragszeiten des Ehemannes sowie von Erziehungsgutschriften (vgl. E. 5.2 hier- vor) geprüft werden müsste.

6.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 13. September 2016 (AB 86) aufzuheben und die Sache zur Festlegung des Status der Beschwerdeführerin sowie anschliessender neuer Entscheidung über den Rentenanspruch auf der Grundlage des ermittelten Zumutbarkeitsprofils (vgl. E. 3.3-3.5 hiervor) zurückzuweisen.

7.

7.1 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.

Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren ist nach wie vor die Verfügung vom 13. September 2016 (IV/2016/973; AB 86; E. 1.2 hiervor); seit deren Erlass ist von einem einzigen kantonalen Verfahren auszugehen (vgl. Entscheidung des BGer vom 31. März 2015, 8C_309/2014, E. 3.3.2). Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'000.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- (vgl. IV/2016/973) ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

7.2 Die Kosten eines kantonalen Gerichtsgutachtens können der IV-Stelle nicht systematisch überbunden werden, sondern nur dann, wenn die Abklärungen der Verwaltung lückenhaft oder klar ungenügend waren und das Gerichtsgutachten dazu dienen soll, die Mängel des Verwaltungsverfahrens zu beheben. Es muss also ein Zusammenhang zwischen den Mängeln der administrativen Abklärungen und der Notwendigkeit der Anordnung eines Gerichtsgutachtens bestehen. Dies ist namentlich zu bejahen, wenn die Verwaltung einen offensichtlichen Widerspruch zwischen verschiedenen im Dossier enthaltenen medizinischen Beurteilungen nicht mit objektiver Begründung auflöst, die Verwaltung eine oder mehrere für

die Beurteilung bzw. Würdigung der medizinischen Situation notwendigen Fragen offen lässt oder sich die Verwaltung auf ein Gutachten stützt, welches die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise offensichtlich nicht erfüllt. Hat die Verwaltung hingegen den Untersuchungsgrundsatz eingehalten und sich auf schlüssige und übereinstimmende Unterlagen oder auf ein gemäss Rechtsprechung voll beweiskräftiges Gutachten gestützt und gibt das kantonale Gericht aus anderen Gründen (z.B. nach der Erstellung neuer medizinischer Berichte oder eines Privatgutachtens) ein Gerichtsgutachten in Auftrag, so können der Verwaltung die Gutachterkosten nicht überbunden werden (BGE 143 V 269 E. 3.3 S. 273, 140 V 70 E. 6.1 S. 75; Entscheid des BGer vom 27. November 2019, 8C_64/2019, E. 8.1).

Vorliegend war ein Gerichtsgutachten (von Dr. med. E. _____ vom 9. März 2017 [IV/2016/973, pag. 36-54]) einzuholen, weil das Gutachten der MEDAS D. _____ GmbH vom 23. Mai 2016 (AB 67.1), worauf sich die Beschwerdegegnerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung (AB 86) gestützt hatte, die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Einschätzung nicht erfüllte: Während alle – zum Teil langjährigen – behandelnden Ärzte eine PTBS und eine depressive Störung bejahten (vgl. AB 67.1/48-49), verneinten die Gutachter der MEDAS D. _____ GmbH beide Diagnosen bzw. überhaupt das Vorhandensein einer relevanten psychischen Störung, dies nota bene trotz den mehrfachen stationären Behandlungen (vgl. E. 3.4.2.1 hiavor; AB 67.1/49-50; vgl. auch BGer 8C_569/2017, E. 4.2 [IV/2018/259, pag. 6]). Insbesondere was die Diagnose einer PTBS betrifft, fällt auf, dass der psychiatrische Gutachter der MEDAS D. _____ GmbH sich mit dem Hinweis auf „sehr wage“ Äusserungen der Beschwerdeführerin hinsichtlich der Kriegserlebnisse und Bilder einer Auslösesituation begnügte und diese als „eher wie aufgesetzt, erlernt und angelesen“ bezeichnete (AB 67.1/50). Auch interpretierte er das in der Aktenlage mehrfach geschilderte dissoziative Erleben (vgl. AB 18.2/11, 25/12, 25/20-21, 27/1-3 Ziff. 1.1, 1.4 und 1.7, 35/2-3 Ziff. 1.4, 45/2, 45/7-8, 48/10-11, 52/2-4 Ziff. 1.1, 1.4 und 1.7, 67.4/14) – ohne Grundangabe für seine im Vergleich zu den behandelnden Fachpersonen diametral divergierende Einschätzung – „eher als eine im Rahmen eines möglichen depressiven Erlebens bestandene[n] Anhedonie“ und nicht als tatsächliche Deper-

sonalisierungs- und Derealisationsphänomene (AB 67.1/50), dies ohne entsprechende Fremdanamnesen (behandelnde Ärzte, Psychiatriespitem) einzuholen, um weitere Informationen zu den geschilderten Dissoziationen zu erhalten und seine Theorie überprüfen zu können. Ebenso wenig versuchte er, durch gezielte Exploration der traumatisierenden Ereignisse zu prüfen, ob es zu Dissoziationen käme. Mithin mutet seine – auf einmaliger Exploration beruhende (AB 67.1/42) – Beurteilung hinsichtlich PTBS oberflächlich an bzw. einzig fokussiert auf die Aggravation der Beschwerdeführerin, was angesichts der seit Jahren und von verschiedenster Seite gestellten Diagnose nicht angemessen war und daher als Entscheidungsgrundlage nicht genügte (vgl. auch pag. 78-79 Ziff. 7.1). Folglich war der psychiatrische Sachverhalt von der Verwaltung zu wenig abgeklärt und bestand Anlass für das vom damaligen Instruktionsrichter in Auftrag gegebene Gerichtsgutachten (IV/2016/973, pag. 36-54), so dass dessen Kosten in der Höhe von Fr. 7'735.25 (IV/2016/973, pag. 61) vollumfänglich der Verwaltung zu überbürden sind (vgl. FURRER, a.a.O., S. 14). Weil nach Vorliegen des Gerichtsgutachtens zwei sich hinsichtlich Befunde, Diagnosen und Arbeitsfähigkeit völlig widersprechende Gutachten vorlagen, gemäss Bundesgericht mithin eine „unklare[n] Aktenlage“ herrschte, bestand der von der Verwaltung verursachte Abklärungsmangel fort, weshalb das Bundesgericht das angerufene Gericht dazu anhielt, ein Obergutachten zu veranlassen (BGer 8C_569/2017, E. 4.3 [IV/2018/259, pag. 7]). Daher sind auch die Kosten des Gerichtsobergutachtens von Fr. 9'233.15 (pag. 119) samt Ergänzungsgutachten von Fr. 4'279.05 (pag. 216), insgesamt ausmachend Fr. 13'512.20, vollumfänglich der Verwaltung zu überwälzen. Die Kosten für das Gerichtsgutachten (Fr. 7'735.25) und das Gerichtsobergutachten (Fr. 13'512.20) werden deshalb der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.

7.3 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 24. Januar 2020 macht Rechtsanwalt B._____ für das vorliegende Verfahren (IV/2018/259) ein Honorar von Fr. 3'555.90 (13.17h x Fr. 270.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 197.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 289.-- (7.7 % von Fr. 3'752.90), total Fr. 4'041.90, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Weiter macht er für das vorausgehende Verfahren (IV/2016/973) ein Honorar von Fr. 4'050.-- (15h x Fr. 270.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 346.20 und Mehrwertsteuer von Fr. 351.70 (8 % von Fr. 4'396.20), insgesamt ausmachend Fr. 4'747.90, geltend (Kostennote vom 27. April 2017), was ebenfalls zu keinen Beanstandungen Anlass gibt. Demnach ist die Parteientschädigung auf Fr. 8'789.80 (Fr. 4'041.90 + Fr. 4'747.90) festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 13. September 2016 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Rentenanspruch neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- (IV/2016/973) wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Kosten des Gerichtsgutachtens (IV/2016/973) von Fr. 7'735.25 werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
4. Die Kosten des Gerichtsobergutachtens (IV/2018/259) von Fr. 13'512.20 werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.

5. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 8'789.80 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
6. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

zur Kenntnisnahme:

- G. _____, Dr. med. I. _____,

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.

Hinweis: Bezüglich einer allfälligen Verlängerung der oben erwähnten Frist siehe auch die Verordnung des Schweizerischen Bundesrats vom 20. März 2020 über den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19 [SR 173.110.4]).