

200 18 601 IV  
FUE/BRM/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. August 2019**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Braune

**PV-PROMEA**

Ifangstrasse 8, Postfach, 8952 Schlieren  
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführerin

gegen

**IV-Stelle Bern**

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin 1

und

**C.** \_\_\_\_\_

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. D. \_\_\_\_\_

Beschwerdegegnerin 2

betreffend Verfügung vom 29. Juni 2018



## Sachverhalt:

### A.

Die 1986 geborene C. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdegegnerin 2), gelernte ... (Akten der IV-Stelle Bern, IVB [act. II] 6 S. 2), war vom 1. Juni 2006 bis zum 30. September 2015 bei der A. \_\_\_\_\_ AG angestellt (act. II 8) und im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses bei der PV-Promea berufsvorsorgeversichert. Am 14. Dezember 2015 meldete sie sich unter Hinweis auf eine seit 2005/2006 bestehende schwere Depression bei der IVB (Beschwerdegegnerin 1) für Berufliche Integration/Rente an (act. II 1). Die IVB holte erwerbliche (act. II 8, 13, 21) und medizinische (act. II 17, 29) Unterlagen ein und führte am 2. Februar 2016 ein Erstgespräch mit der Versicherten (act. II 19). In der Folge gewährte die IVB namentlich ein Belastbarkeitstraining in der E. \_\_\_\_\_ vom 2. Mai bis 1. August 2016 (act. II 36), gefolgt von einem Aufbautraining bis 1. November 2016 (act. II 44) – worüber am 21. Oktober 2016 Bericht erstattet wurde (act. II 53) – sowie einer Grundabklärung zur Referenzerarbeitung in derselben Institution vom 2. November 2016 bis 2. Februar 2017 (act. II 55, 64), verlängert bis am 2. Mai 2017 (act. II 66), sowie Beratung und Unterstützung bei der Arbeitssuche (act. II 79). Nach Eingang eines Verlaufsberichtes (act. II 73) empfahl der Regionale Ärztliche Dienst (RAD), Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zur Klärung der medizinischen Sachlage und der Beantwortung offener Fragen, die Versicherte psychiatrisch begutachten zu lassen (act. II 75). Die damit beauftragte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. act. II 76, 82), erstattete ihr Gutachten am 18. Dezember 2017 (act. II 91.1-91.3). Gestützt auf diese Abklärungen stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 6. März 2018 die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente ab 1. Mai 2017 (IV-Grad 81%) in Aussicht (act. II 92) und forderte diese gleichentags zur Schademinderung dergestalt auf, dass sie sich zwecks der aus gutachterlicher Sicht notwendigen Intensivierung der therapeutischen Massnahmen, allenfalls einer teilstationären oder stationären störungsspezifischen Behandlung, mit den behandelnden Ärzten in Verbindung setze (act. II 93).

Gegen diesen Vorbescheid erhob die PV-Promea, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. \_\_\_\_\_, am 19. April 2018 Einwand mit dem Antrag, der Vorbescheid sei aufzuheben und es seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen (act. II 101). Nach Rücksprache mit dem RAD, Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 109), verfügte die IVB am 29. Juni 2018 entsprechend dem Vorbescheid (Beschwerdebeilage [act. I] 2).

## **B.**

Hiergegen erhob die PV-Promea, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. \_\_\_\_\_, am 29. August 2018 Beschwerde mit dem Antrag, die Verfügung vom 29. Juni 2018 sei aufzuheben die Rentenberechtigung der Versicherten sei zu verneinen; eventualiter sei die Sache zur ergänzenden Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, die Versicherte sei bis anhin in keiner Weise einer zumutbaren Behandlung nachgegangen, weshalb nicht von einer Erwerbsunfähigkeit und mithin von einer Invalidität ausgegangen werden könne. Ferner sei der medizinische Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt, sodass über den Leistungsanspruch (noch) nicht entschieden werden dürfe. Schliesslich sei die Invaliditätsbemessung nicht nachvollziehbar; selbst wenn von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgegangen würde, stünde der Versicherten höchstens ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente zu.

Mit Beschwerdeantwort vom 19. September 2018 beantragte die IVB unter Verzicht auf eine weitere Stellungnahme die Abweisung der Beschwerde.

Die Versicherte nahm am 17. Oktober 2018 – unterstützt durch die behandelnde Psychologin, lic. phil. I. \_\_\_\_\_ – Stellung und beantragte sinngemäss die Abweisung der Beschwerde.

In einem zweiten Schriftenwechsel, in welchem die Beschwerdegegnerin 2 nunmehr durch Rechtsanwalt lic. iur. D. \_\_\_\_\_ vertreten wurde, hielten die Parteien an den bisher vertretenen Standpunkten sowie den gestellten Anträgen fest. Die Beschwerdegegnerin 2 beantragte zudem die Durch-

führung einer Verhandlung gemäss Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) und ersuchte um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt lic. iur. D. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt; letzteres Gesuch wurde mit Eingabe vom 16. April 2019 begründet.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. April 2019 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt lic. iur. D. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt gut.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG; zur Beschwerdebefugnis der Organe der beruflichen Organe vgl. BGE 132 V 1 E. 3.3.1 S. 5, 74 E. 3.2.2 S. 78). 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 29. Juni 2018 (act. I 2). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten

Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**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 strukturieren normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 428, BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418, E. 7.2 S. 429).

**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 nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**2.3** Rechtsprechungsgemäss liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Die Frage, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf die Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist rechtlicher Natur und damit frei überprüfbar. Darum kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert gänzlich einbüsst. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Juni 2018, 8C\_74/2018, E. 5.1 mit Hinweisen).

**2.4** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem IV-Grad von

mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**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).

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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete

Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

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

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht vom 20. Januar 2016 hielten Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil. I.\_\_\_\_\_, Psychologin, beide Psychiatrische Dienste K.\_\_\_\_\_, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus (ICD-10: F60.31), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10: F33.1), eine Panikstörung (ICD-10: F41.0) sowie eine Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10: F42.1), fest (act. II 17 S. 1). Aktuell bestehe eine starke psychische Instabilität mit depressivem Zustandsbild mit massiven Schlafstörungen, Suizidalität, Gedankenkreisen, Appetitlosigkeit, Angst- und Panikattacken sowie selbstverletzendem Verhalten in Spannungszuständen (sich Kopf blutig kratzen, mit der Hand gegen Wand schlagen, früher auch schneiden). Zudem bestünden Kontrollzwänge (Abschliessen von Türen und Fenstern), es dauere eine halbe Stunde, bis die Versicherte aus dem Haus könne wegen der nötigen Kontrollen. Es gebe keine Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ichstörungen. Angesichts der langjährigen, komplexen Problematik sei eine längerfristige therapeutische Begleitung sowie Unterstützung bei der beruflichen Wiederein-

gliederung erforderlich mit zunächst einer Phase der psychischen Stabilisierung und Zeit zur Neuorientierung. Die Patientin setze sich differenziert mit ihrer Erkrankung auseinander und sei motiviert, Bewältigungsstrategien im Umgang mit ihrer emotionalen Instabilität sowie mit Anspannungszuständen zu lernen und längerfristig auch im Alltag anwenden zu können. Es wurde die Fortführung der aktuellen (psychotherapeutischen und medikamentösen) Therapie im engmaschigen ambulanten Setting oder bei Bedarf im teilstationären Bereich (z.B. Rehabilitationstagesklinik) sowie Psychoedukation zur Erkrankung und Erwerb weiterer Bewältigungsstrategien empfohlen. Die Patientin sei seit 1. September 2015 bis auf weiteres 100% arbeitsunfähig. Ab wann eine angepasste Tätigkeit aufgenommen werden könne, hänge von der Tätigkeit und dem weiteren Krankheitsverlauf ab, sei aktuell aber nicht abschätzbar (act. II 17 S. 2 f.).

**3.1.2** Der Hausarzt, Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, verwies hinsichtlich der psychiatrischen Diagnostik auf die beigelegten Berichte der K. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.1.1 hiavor) und nannte als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit funktionelle Atemstörungen und funktionelle Herzstörungen. Die allgemeine Belastbarkeit sei vermindert und die Patientin leide unter einer Antriebsstörung; die Leistungsfähigkeit sei reduziert. Ein kleines Pensum in einer angepassten Tätigkeit – aufgrund der absolvierten Massagekurse allenfalls im Behandlungssektor – ohne Zeitdruck sei zumutbar (act. II 29).

**3.1.3** Im Verlaufsbericht vom 28. September 2016 bescheinigten Dr. med. J. \_\_\_\_\_ und lic. phil. I. \_\_\_\_\_ bei unveränderter Diagnose einen verbesserten Gesundheitszustand. Das selbstverletzende Verhalten sowie die Angst- und Panikattacken seien seltener geworden, träten aber weiterhin regelmässig auf. Hingegen hätten die starken Kontrollzwänge zugenommen. Durch die Integrationsmassnahme in der E. \_\_\_\_\_ habe die Versicherte eine Tagesstruktur, Ziele und eine Zukunftsperspektive. Sie erkenne ihre Grenzen besser, könne sich besser akzeptieren, sei aber sehr müde, leide unter starken Konzentrationsschwierigkeiten, sei in Belastungssituationen gereizt und werde schnell aggressiv (act. II 52 S. 2). Die Weiterführung der aktuellen Integrationsmassnahme sei aufgrund der sich langsam zeigenden Fortschritte dringend indiziert. In der E. \_\_\_\_\_ kön-

ne sie in verschiedenen Tätigkeitsbereichen schnuppern und die Tätigkeit im geschützten Bereich biete die Möglichkeit, die Arbeitsfähigkeit schrittweise zu steigern ohne in eine neue Überforderungssituation zu geraten (act. II 52).

**3.1.4** Der RAD-Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 8. November 2016 aus, er könne keine medizinischen Gründe erkennen, weshalb der Versicherten die bisherige Erwerbstätigkeit in der Logistik (bei einem anderen Arbeitgeber) nicht mehr zumutbar sein sollte. Hinsichtlich der Diagnose rezidivierende depressive Störung seien Zweifel angebracht, da Stimmungsschwankungen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung gehörten und andererseits bislang keine genuine affektive Störung adäquat beschrieben oder behandelt worden sei. Ebenso scheine die Borderline-Persönlichkeitsstörung aus Sicht des RAD bisher nicht klar ausgewiesen, seien doch die typischen interpersonellen Beziehungsdynamiken nicht klar beschrieben, während die biografische Anamnese und andere Symptome klar auf diese Diagnose hinwiesen. Aktuell scheine die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit der Versicherten für eine anhaltende Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufgrund der massiven Zwänge noch gering. Im Vordergrund sollte die Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen, insbesondere der medikamentösen Behandlung stehen und es wäre wünschenswert, wenn die Versicherte ihren Widerstand gegen die medikamentöse Behandlung aufgeben könnte (act. II 56 S. 4 f.).

**3.1.5** Im Verlaufsbericht vom 10. April 2017 attestierten Dr. med. J. \_\_\_\_\_ und lic. phil. I. \_\_\_\_\_ verglichen mit der letzten Beurteilung vom 28. September 2016 einen stationären Gesundheitszustand; nach gesteigertem Arbeitspensum in der E. \_\_\_\_\_ (65%) sei die Versicherte zunehmend überfordert gewesen mit zunehmend krisenhaftem Zustandsbild mit starker Erschöpfung und selbstverletzendem Verhalten. Nach Reduktion des Pensums auf 50% sei es zu einer Verbesserung und leichten psychischen Stabilisierung auf tiefem Niveau gekommen (act. II 73 S. 2). Eine volle Integration ins Erwerbsleben sei kein realistisches Ziel. Trotz dem Bemühen, ihr Bestes zu geben, zeige sich, dass bereits im geschützten Arbeitsbereich ein Pensum von 50% an der oberen Belastungsgrenze

liege. Es sei aber für die Patientin sehr wichtig, zu arbeiten, und eine sinnstiftende Tätigkeit sowie der strukturierte Tagesablauf seien für sie sehr hilfreich, wenn eine gewisse Belastung nicht überschritten werde. In einer den Anforderungen angepassten Nischenarbeitsstelle in wohlwollendem Umfeld sowie mit enger Begleitung wäre es ihr eventuell möglich, mit einem Pensum von 30 bis 40% einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (act. II 73 S. 3 Ziff. 9).

**3.1.6** Der RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ bestätigte in seiner Stellungnahme vom 2. Mai 2017 auch im Lichte des aktuellen Verlaufsberichtes der behandelnden Psychiaterin seine Einschätzung, dass die Versicherte grundsätzlich weiterhin für eine Logistiktätigkeit geeignet sei. Das in diesem Verlaufsbericht genannte Zumutbarkeitsprofil erscheine zudem nicht ganz widerspruchsfrei. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die bisherige, als wenig störungsspezifisch orientiert erscheinende Psychotherapie zu keiner wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Belastbarkeit der Versicherten geführt habe, weiterhin psychische Symptome auf der Verhaltens-, Beziehungs- und Erlebensebene beschrieben würden, bestünden von Seiten des RAD weiterhin erhebliche Zweifel an der Umsetzbarkeit jeglicher, auch nur geringer Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf dem ersten Arbeitsmarkt. Zur Klärung der medizinischen Sachlage und Beantwortung offener Fragen werde eine psychiatrische Begutachtung vorgeschlagen (act. II 75 S. 4).

**3.1.7** Im Gutachten vom 18. Dezember 2017 hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10: F60.31) mit/bei Status nach sexueller Traumatisierung in der Kindheit, eine Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10: F42.1) sowie eine Agoraphobie (ICD-10: F40.0) fest; Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine genannt (act. II 91.1 S. 18). In der Untersuchung hätten folgende Befunde objektiviert werden können: leicht niedergestimmte Grundstimmung, selbstverletzendes Verhalten (bestehend seit Kindheit), ausgeprägte Störung der Emotionswahrnehmung und -regulation, deutliche Schwierigkeiten in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, reduzierte Belastbarkeit, reduzierte Fähigkeit im Umgang mit Kritik und

Konflikten, chronische Suizidalität, deutliche Ängste (vor Menschengruppen, vor öffentlichen Verkehrsmitteln), dissoziatives Erleben bei Belastung, Antriebsminderung, Schlafstörungen und z.T. pathologisches Essverhalten (act. II 91.1 S. 21). Diese Beeinträchtigungen führten dazu, dass die Versicherte nicht mehr in der Lage sei, in einem Rahmen mit Zeit- und Leistungsvorgaben regelmässig eine Arbeitsleistung zu erbringen. Grundsätzlich sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Logistikbereich als geeignet einzustufen, da dieser wenig zwischenmenschliche Kontakte beinhalte und geringe Anforderungen an die Sozialkompetenz stelle. Es sei davon auszugehen, dass die Versicherte diese Tätigkeit in einem Rahmen völlig ohne Zeit- und Leistungsdruck, mit regelmässigen Arbeitszeiten und freiem Pausenmanagement in einem 50% Pensum durchführen könnte. Ebenso eigneten sich andere Tätigkeiten, die diesen Aspekten genügten. Einschränkungen im Haushaltbereich bestünden nicht. Die durch die Behandler ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeiten seien nachvollziehbar, namentlich 100% seit September 2015, seither stationär (act. II 91.1 S. 23). Bisher sei lediglich eine ambulante Behandlung erfolgt; aus gutachterlicher Sicht stehe aktuell eine Intensivierung der therapeutischen Massnahmen im Vordergrund; gegebenenfalls müsse eine teilstationäre oder stationäre störungsspezifische Behandlung diskutiert werden mit dem Ziel, die Zwangssymptomatik zu reduzieren, die Emotionsregulation zu verbessern sowie die Ängste zu reduzieren und die Traumatisierung zu bearbeiten. Dadurch könnte eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden; der Erfolg sollte in einem Jahr überprüft werden (act. II 91.1 S. 24).

**3.1.8** Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens stufte die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahmen vom 11. Juni 2018 das eingeholte psychiatrische Gutachten als vollständig, schlüssig und nachvollziehbar ein. In Ergänzung zum Gutachten konstatierte sie zu den Standardindikatoren, dass bei der Versicherten verschiedene komorbide psychiatrische Erkrankungen bestünden und die Symptome der Borderlinestörung, insbesondere der Zwangsstörung, als ausgeprägt einzustufen seien, was sich auch in der chronischen Suizidalität sowie dem ausgeprägt selbstverletzenden Verhalten widerspiegle. Ferner sei sie im Vorfeld der Begutachtung einer adäquaten (medikamentösen und [allenfalls] stationären) Behandlung gegenüber kritisch eingestellt gewesen, habe eine solche jedoch nach Auf-

forderung zur Schadenminderung aufgenommen; die RAD-Ärztin empfahl, zur Beurteilung des Behandlungserfolges und des weiteren Procedere den Austrittsbericht betreffend die Behandlung in der Akuttagesklinik Langenthal einzuholen. Anamnese und Diagnostik sprächen eindeutig für eine Persönlichkeitsstörung. Aufgrund der komorbiden Erkrankung zeige die Versicherte Symptome eines minimal life; die Darstellung des Tagesablaufs verdeutliche den sozialen Rückzug, geringe soziale Kontakte und eingeschränkte Möglichkeiten der sozialen Kontaktfähigkeit. Die Komorbidität führe – wie im dokumentierten Tagesablauf dargestellt – zu gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen; dies werde im Gutachten mit dem Instrument des Mini-ICF-APP nochmals objektiviert und quantifiziert. Chronische Suizidalität, deutlich selbstverletzendes Verhalten, die Biografie der Versicherten und die Einschränkungen im Alltag liessen am Leidensdruck nicht zweifeln (act. II 109 S. 2).

**3.1.9** Im Schreiben vom 23. Juli 2018 zuhanden der IVB hielten Dr. med. J.\_\_\_\_\_ und lic. phil I.\_\_\_\_\_ fest, dass sich die Versicherte im Rahmen des teilstationären Aufenthaltes in der Akuttagesklinik vom 30. April bis 8. Juni 2018 aktiv am Therapieprogramm beteiligt habe, sich dabei aber überforderte und über ihre Grenzen gegangen sei, was mit einer zunehmenden psychischer Destabilisierung verbunden gewesen sei. Es sei zu erneutem Selbstverletzungsverhalten sowie zu Hause zu einer starken Zunahme der Zwänge gekommen. Die Versicherte habe deshalb wieder von der Behandlung in der Akuttagesklinik in die ambulante Therapie gewechselt. Bezüglich der im Gutachten vom 18. Dezember 2017 empfohlenen Intensivierung der störungsspezifischen Behandlung werde darauf hingewiesen, dass seit Beginn der ambulanten Therapie kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ausrichtung im September 2015 bereits Vieles unternommen und dabei auch immer wieder störungsspezifisch gearbeitet worden sei. Die ambulante Therapie werde seit einiger Zeit sehr engmaschig in wöchentlichem Rhythmus durchgeführt; die Patientin beteilige sich sehr zuverlässig und aktiv daran. Im Unterschied zur Gutachterin, die durch die Intensivierung der therapeutischen Massnahmen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erwarte, sähen sie angesichts des komplexen Störungsbildes mit Mehrfachdiagnosen, die gegenseitig interagierten und

jeweilige störungsspezifische Therapie erschweren, auch die Begrenztheit des therapeutisch Machbaren (act. II 119).

**3.2** Das Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2017 erfüllt die nach der geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung an eine Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiervor), weshalb darauf abgestellt werden kann. Die Gutachterin stellte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10: F 60.31) mit/bei Status nach sexueller Traumatisierung in der Kindheit, Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10: F42.1) und Agoraphobie (ICD-10: F40.0). Diese Diagnosen wurden von der Expertin nachvollziehbar anhand der klassifikatorischen Vorgaben begründet und stehen überdies weitestgehend im Einklang mit den Beurteilungen der behandelnden Ärzte (vgl. z.B. act. II 119 S. 5). Aus der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung leitete die Gutachterin ab, dass die Beschwerdegegnerin 2 nicht mehr in der Lage sei, in einem Rahmen mit Zeit- und Leistungsvorgaben regelmässig eine Arbeitsleistung zu erbringen (act. II 91.1 S. 23) bzw. attestierte für eine adaptierte Tätigkeit, völlig ohne Zeit- und Leistungsdruck, mit regelmässigen Arbeitszeiten und freiem Pausenmanagement, eine Arbeitsfähigkeit von 50% (act. II 91.1 S. 23 Ziff. 6.4.3). Retrospektiv erwog die Gutachterin, die durch die Behandlerin bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten seien nachvollziehbar, namentlich sei die Versicherte seit September 2015 100% arbeitsunfähig (act. II 91.1 S. 23 Ziff. 6.4.6). In den vermeintlich unterschiedlichen Beurteilungen ist insofern kein Widerspruch zu sehen, als die von der Gutachterin an einen Arbeitsplatz, der der Versicherten zu 50% zumutbar wäre, gestellten Anforderungen auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht anzutreffen sind (vgl. E. 5.2 hiernach).

**3.3** Was die Beschwerdeführerin vorbringt, vermag die Beweiskraft des Gutachtens vom 18. Dezember 2017 nicht in Zweifel zu ziehen: Soweit sie ausführt, die Gutachterin habe sich entgegen den Vorgaben und Standards gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) nicht mit den anderslautenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch den RAD-Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 8. November 2016

und 2. Mai 2017 auseinandergesetzt (Beschwerde pag. 17 Ziff. 2.3), geht sie fehl. Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin hat Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nämlich, indem er eine Logistikertätigkeit grundsätzlich weiterhin für geeignet hält, keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgegeben. Vielmehr hat er ausdrücklich darauf hingewiesen, dass hierfür zusätzliche medizinische Abklärungen notwendig seien und festgehalten, dass „[...] der RAD ohne weitere Abklärungen derzeit weder eine abschliessende Aussage zum med. Sachverhalt, der Arbeitsfähigkeit, noch zu einem Zumutbarkeitsprofil abgeben“ könne (act. II 75 S. 4). Insofern bestand für die Gutachterin keine Notwendigkeit, sich eingehender mit den erwähnten Berichten auseinanderzusetzen.

Weiter moniert die Beschwerdeführerin, die Gutachterin habe es unterlassen, die Frage nach psychosozialen und soziokulturellen Faktoren zu beantworten, obschon Dr. med. F. \_\_\_\_\_ solche erwähnt habe und die Pensenreduktion im Rahmen des Aufenthalts in der E. \_\_\_\_\_ auch auf invaliditätsfremde Konstellationen zurückzuführen sei (Beschwerde pag. 18 Ziff. 2.3). Zur Pensenreduktion ist festzuhalten, dass diese im Bericht der E. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2017 ursächlich auf invaliditätsbezogene Gründe zurückgeführt wurde (act. II 64 S. 3), während der Einfluss von invaliditätsfremden Gründen („familiäre Konstellationen“) – ohne diese auch nur ansatzweise konkret zu benennen – bloss für möglich gehalten wurde. Ferner hat der RAD-Arzt auch andere als gesundheitsbedingte Aspekte für die Kündigung der letzten Arbeitsstelle bei der A. \_\_\_\_\_ AG nicht ausgeschlossen (act. II 75 S. 4). Solche Gründe hat die Gutachterin denn auch im Rahmen der persönlichen Anamnese wiedergegeben (z.B. „Zudem sei die Arbeit schlecht bezahlt gewesen“; act. II 91.1 S. 10) und dementsprechend auch zur Kenntnis genommen, ihnen aber offenkundig keine wesentliche Bedeutung beigemessen. Unter diesen Umständen bestand für die Gutachterin kein Anlass, allfällige Auswirkungen von invaliditätsfremden Faktoren bei der Beurteilung zu diskutieren bzw. auszuscheiden.

Sodann bemängelt die Beschwerdeführerin, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdegegnerin 2 nicht in einem strukturierten Beweisverfahren geprüft worden sei (Beschwerde pag. 18 Ziff. 2.4). Der Beschwerdeführerin ist in diesem Zusammenhang insoweit zuzustimmen, als

die Gutachterin sich nicht explizit zu den einzelnen Standardindikatoren geäussert hat, namentlich zur Konsistenz. Indessen hat die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die fehlenden Angaben in ihrer Stellungnahme vom 11. Juni 2018 mit ihrem versicherungsmedizinischen Wissen ergänzt (act. II 109), wie dies in Rz. 2082 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) vorgesehen ist. Eine schlüssige Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 ist gestützt auf das Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2017 und der Stellungnahme der RAD-Psychiaterin Dr. med. H. \_\_\_\_\_ ohne weiteres möglich. Damit ist der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend erstellt; zusätzlicher Abklärungen bedarf es entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde pag. 19 Ziff. 2.5) nicht (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2)

Zu prüfen bleibt, ob anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu erbringen ist, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416). Der Umstand, dass durch weitere bzw. intensivere Behandlung bzw. Therapien nach Einschätzung der Gutachterin eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist, führt – entgegen der beschwerdeführerischen Auffassung – nicht dazu, dass über den Rentenanspruch noch nicht befunden werden dürfte (Beschwerde pag. 16). Die Behandelbarkeit der Erkrankung sagt nämlich, für sich allein betrachtet, nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung aus bzw. steht einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 412). Vorliegend kommt hinzu, dass im Schreiben der behandelnden Psychiaterin vom 23. Juli 2018 auf die Begrenztheit des therapeutisch Machbaren hingewiesen wurde bzw. Zweifel am Nutzen einer Intensivierung der Behandlung geäussert wurden (act. II 119 S. 1 f.; E. 3.1.9 hiavor).

#### 4.

**4.1** Bezüglich der von der psychiatrischen Gutachterin gestellten Diagnosen sind die klassifikatorischen Vorgaben (vgl. E. 2.2.1 hiervor) eingehalten. In ihrem Gutachten zeigt sie auch keine Diskrepanzen im Sinne eines Ausschlussgrundes nach BGE 131 V 49 (vgl. E. 2.2.2 hiervor) auf, insbesondere hat sie keinen Hinweis für eine bewusste Aggravation oder gar eine Simulation festgestellt (act. II 91.1 S. 13 Ziff. 4.1). Nachdem die Prüfung der ersten Ebene somit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht ausschliesst, hat auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen (vgl. E. 2.2.2 hiervor).

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

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

**4.2.1.1** Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.).

Diesbezüglich stellte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ fest, dass die Symptome der Borderlinestörung und insbesondere der Zwangsstörung mit Zwangshandlungen von drei bis vier Stunden pro Tag als ausgeprägt eingestuft werden könnten. Der deutliche Ausprägungsgrad der Persönlichkeitsstörung spiegle sich auch in der chronischen Suizidalität und dem ausgeprägt selbstverletzenden Verhalten wider (act. II 109 S. 2). Mit dieser Einschätzung korrelieren die Ergebnisse des Mini-ICF-APP (act. II 91.3), wonach bloss vier Bereiche als nicht beeinträchtigt bzw. fünf Bereiche als mindestens mittelschwer und drei als schwer beeinträchtigt eingestuft wurden (act. II 91.1 S. 14-15).

**4.2.1.2** Sodann ist auf Verlauf und Ausgang von Therapien und Eingliederungsmassnahmen (und damit auf den jeweiligen Erfolg bzw. die

Resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.).

Betreffend die Behandlung der psychischen Erkrankung legte die Gutachterin dar, bisher sei lediglich eine ambulante Behandlung im wöchentlichen Rhythmus erfolgt und die Versicherte habe auch an einer Gruppentherapie mit dem Thema Emotionsregulation teilgenommen. Medikamentös nehme sie CipraleX 20 Tropfen pro Tag ein, habe Prazine in Reserve, desgleichen Temesta für Notfälle (act. II 91.1 S. 12 und 24). Aus gutachterlicher Sicht stehe aktuell eine Intensivierung der therapeutischen Massnahmen im Vordergrund. Gegebenenfalls müsse eine teilstationäre oder stationäre störungsspezifische Behandlung in Betracht gezogen werden. Es sei davon auszugehen, dass durch eine Intensivierung der therapeutischen Massnahmen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden könne (act. II 91.1 S. 24 Ziff. 6.4.8). Die Gutachterin ging demnach davon aus, dass eine Behandlungsresistenz noch nicht ausgewiesen ist, was die IVB denn auch veranlasste, die Versicherte in dieser Hinsicht zur Schadenminderung aufzufordern (act. II 93). In der Folge hat diese sich vom 30. April bis 8. Juni 2018 in der Akuttagesklinik der Psychiatrischen Dienste K. \_\_\_\_\_ behandeln lassen. Zu relativieren ist die nach gutachterlicher Einschätzung noch nicht ausgewiesene Behandlungsresistenz immerhin insofern, als laut Ansicht der behandelnden Ärzte die gegenseitig interagierenden Mehrfachdiagnosen den therapeutisch grundsätzlich möglichen Massnahmen gewisse Grenzen setzten, worauf bereits in E. 3.3 letzter Absatz hiervoor hingewiesen wurde .

In Bezug auf die Eingliederung ist festzustellen, dass der Versicherten bei den ein Jahr dauernden beruflichen Massnahmen in der E. \_\_\_\_\_ Motivation und Engagement attestiert (vgl. z.B. act. II 64 S. 2), eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt zurzeit jedoch verneint wurde (act. II 64 S. 2). Dies spricht für eine Eingliederungsresistenz, jedenfalls solange als durch die therapeutischen Massnahmen keine Stabilisierung und damit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielt wird.

**4.2.1.3** Die bisherigen Kriterien der «psychiatrischen Komorbidität» und «körperlichen Begleiterkrankung» wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der

Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301).

In dieser Hinsicht stellte die psychiatrische Expertin eine Agoraphobie sowie eine Zwangsstörung fest, ohne sich explizit zu den Wechselwirkungen zu äussern. Den Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ kann indessen entnommen werden, dass die komorbiden Störungen dazu führen, dass die Versicherte Symptome eines minimal life zeige. Unter diesen Umständen ist von einer ressourcenhemmenden Wirkung der Komorbiditäten auszugehen.

**4.2.2** Betreffend den Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist festzustellen, dass die Gutachterin eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ sowie eine Zwangsstörung mit Zwangshandlungen diagnostiziert hat, wodurch die Versicherte in den Bereichen Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit und Verkehrsfähigkeit (bezogen auf die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel) schwer, und in der Bereichen Spontanaktivitäten, Selbstbehauptungsfähigkeit, Durchhaltevermögen und Flexibilität mittelgradig sowie im Bereich Anpassung an Regeln und Routinen leicht beeinträchtigt sei (act. II 91.1 S. 21 Ziff. 6.3).

**4.2.3** Zum Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist der von der Expertin erhobenen Anamnese zu entnehmen, dass die Versicherte nie in den Ausgang gehe und nicht ins Kino; auch Schwimmbad- oder Restaurantbesuche seien nicht möglich (act. II 91.1 S. 7). Zu ihrem Halbbruder habe sie den Kontakt vor zwei Jahren abgebrochen. Soziale Kontakte mit anderen Personen pflege sie nicht; Kontakte zu anderen Personen seien für sie anstrengend (act. II 91.1 S. 9 und 12). Sie fühle sich in ihrer Wohnung alleine am wohlsten (act. II 91.1 S. 9). Einzig mit den Eltern bestehe regelmässiger Kontakt; während der Woche nehme sie das Mittagessen mit ihnen ein, um eine regelmässige Ernährung sicherzustellen (act. II 91.1 S. 11-12). Ausgehend hiervon konstatierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ Symptome eines minimal life bzw. die Darstellung des Tagesablaufs verdeutliche einen sozialen Rückzug (act. II

109 S. 2). Damit sind keine erheblichen Ressourcen aus dem sozialen Umfeld erkennbar.

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

**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.) äusserte sich die Gutachterin nicht. Ergänzend hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ fest, aus dem Tagesablauf sei erkennbar, dass eine solche Einschränkung vorliege, was mit dem Instrument des Mini-ICF-APP nochmals objektiviert und quantifiziert worden sei (act. II 109 S. 2).

**4.3.2** Die *Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen* (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) spricht grundsätzlich für einen nicht unerheblichen Leidensdruck, zumal sich die Versicherte zuletzt der sechswöchigen Behandlung in der Akuttagesklinik der Psychiatrischen Dienste K.\_\_\_\_\_ unterzogen hat (act. II 119 S. 4 ff.), auch wenn die therapeutischen Möglichkeiten allenfalls (vgl. aber E. 4.2.1.2 vorletzter Absatz hiervor) noch nicht vollständig ausgeschöpft sind.

**4.4** In der Gesamtbetrachtung sind die gutachterlich postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren überwiegend wahrscheinlich erstellt und es ist dementsprechend auf die ärztlicherseits attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Optik abzustellen.

## **5.**

**5.1** Den Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns (1. Mai 2017) hat die IVB angesichts der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 14. Dezember 2014 (act. II 1; Art. 29 Abs. 1 IVG), der seit September 2015 attestierten Arbeitsunfähigkeit (act. II 91.1 S. 23 Ziff. 6.4.6) und unter Berücksichtigung der bis 2. Mai 2017 laufenden beruflichen Massnahmen mit Taggeldanspruch (act. II 67; Art. 29 Abs. 2 IVG) korrekt festgelegt.

**5.2** Die IVB ging bei der Ermittlung des Invalideneinkommens von einem möglichen Arbeitspensum von 50% sowie aufgrund der gutachterlich formulierten zusätzlichen Einschränkungen gemäss dem in Ziffer 6.4.3 definierten Zumutbarkeitsprofil von einem deutlich reduzierten Leistungslohn in Höhe von Fr. 9.80 pro Stunde bzw. Fr. 10'208.-- pro Jahr aus, wie er in einem geschützten Rahmen erzielbar wäre. Ein solches Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde pag. 19) existiert eine dem Zumutbarkeitsprofil entsprechende Tätigkeit völlig ohne Zeit- und Leistungsvorgaben und mit zusätzlichen Anforderungen (wenig zwischenmenschliche Kontakte, geringe Anforderungen an die Sozialkompetenz, regelmässige Arbeitszeiten und freies Pausenmanagement; vgl. act. II 91.1 S. 23) auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht, auch nicht als Nischenarbeitsplatz. In diesem Sinne hielten auch die Verantwortlichen der E.\_\_\_\_\_ eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt für nicht realistisch (act. II 64 S. 3).

Für das Valideneinkommen ist die IVB, nachdem die Versicherte seit Oktober 2015 nicht mehr erwerbstätig war, von der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2016, Tabelle TA 1, Totalwert, Kompetenzniveau 1, Frauen ausgegangen und hat diesen Wert auf die wöchentliche betriebsübliche Arbeitszeit (41.7 Stunden) umgerechnet sowie auf das Jahr 2017 (frühest möglicher Rentenbeginn: Mai 2017; vgl. E. 5.1 hiervor) indexiert (Fr. 54'790.--). Ob dies korrekt ist bzw. ob nicht vielmehr auf den zuletzt bei der A.\_\_\_\_\_ AG erzielten Lohn (vgl. act. II 8 S. 3) abgestellt werden müsste, kann mit Blick auf das Ergebnis offen bleiben. Im letzteren Fall belief sich der auf das ganze Jahr 2015 hochgerechnete Lohn auf Fr. 55'365.35 bzw. indexiert auf das Jahr 2017 Fr. 56'056.75 (Fr. 55'365.35 : 104.1 x 105.4). Bei einem Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 10'208.-- ergäbe sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 45'848.75 bzw. ein – ebenfalls den Anspruch auf eine ganze Rente begründender – Invaliditätsgrad von 81.79%.

**6.** Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. Bei diesem Ergebnis ist das Gesuch der Beschwerdegegnerin 2 um Durch-

führung einer öffentlichen Verhandlung gemäss Art. 6 Ziff. 1 EMRK abzuweisen.

## 7.

**7.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.– festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen.

**7.2** Bei diesem Verfahrensausgang hat die ab dem zweiten Schriftenwechsel anwaltlich vertretene Beschwerdegegnerin 2 Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Mit seiner – angemessenen – Kostennote vom 29. Mai 2019 macht Rechtsanwalt D. \_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 1'917.50 (7.67 Stunden à Fr. 250.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 76.80 und Mehrwertsteuer (7.7% auf Fr. 1'994.30), insgesamt Fr. 2'147.85, geltend. Die Beschwerdeführerin hat der Beschwerdegegnerin 2 dementsprechend eine Parteientschädigung in dieser Höhe zu bezahlen.

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um Durchführung einer öffentlichen Verhandlung wird abgewiesen.

3. Der Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
4. Die Beschwerdeführerin hat der Beschwerdegegnerin 2 die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'147.85 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
5. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt lic.iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Rechtsanwalt lic.iur. D. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin 2
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öf-

fentlich-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.