

200 18 784 IV
JAP/ZID/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. April 2019

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 21. September 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1989 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), ... in ..., meldete sich im Juli 2016 unter Hinweis auf einen am TT.MMMM. 2015 erlittenen Autounfall und seither bestehende extreme Nackenschmerzen bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). In der Folge holte die IVB unter anderem die Akten der C. _____ (AB 7, 22, 25) mitsamt einem Assessmentbericht der Klinik D. _____ vom 11. Februar 2016 (AB 7.56), einer konsiliarpsychiatrischen Beurteilung vom 3. Januar 2017 (Bericht vom 10. Januar 2017; AB 25.16) und einer kreisärztlichen Beurteilung vom 25. Januar 2017 (Bericht vom selben Datum; AB 25.11) sowie Berichte der behandelnden Ärzte (AB 19, 35, 59) ein. Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 37, 39) wurde die Versicherte psychiatrisch begutachtet (Expertise vom 20. November 2017; AB 61.1). Mit Vorbescheid vom 1. Februar 2018 stellte die IVB der Versicherten mit der Begründung, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, die Verneinung eines Leistungsanspruchs in Aussicht (AB 62). Auf Einwand der Versicherten (AB 68) hin holte die IVB die Akten der Taggeldversicherung (AB 72) mitsamt dem vertrauensärztlichen psychiatrischen Bericht vom 24. Februar 2018 (AB 72.3) ein und verfügte nach Stellungnahme des RAD vom 28. Mai 2018 (AB 76) am 21. September 2018 wie angekündigt (AB 77).

B.

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 23. Oktober 2018 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihr die ihr zustehenden gesetzlichen Versicherungsleistungen, namentlich eine ganze IV-Rente, zuzusprechen, eventualiter seien die Akten zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung liess sie im Wesentlichen vorbringen, das psychiatrische Gutachten vom 20. November 2017 (AB 61.1) enthalte di-

verse Unstimmigkeiten und stehe in Widerspruch insbesondere zum vertrauensärztlichen psychiatrischen Bericht vom 24. Februar 2018 (AB 72.3).

Mit Beschwerdeantwort vom 26. November 2018 beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 21. September 2018 (AB 77). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich auf eine IV-Rente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

2.2.1 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 Vorga-

ben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist deshalb 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 (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychische Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.2.3 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt sodann nur vor, wenn die Diagnose 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. (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6). Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen

Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). 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).

2.2.4 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 neu 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 beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

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

ditätsgrad 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).

3.

3.1 Was den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Anlässlich des ambulanten Assessments in der Klinik D. _____ vom 9. Februar 2016 wurden in Bezug auf den Unfall vom TT.MMMM.2015 eine HWS-Distorsion QTF II sowie eine Exazerbation eines vorbestehenden lumbovertebralen Schmerzsyndroms und generell der Verdacht auf eine vestibuläre Migräne (DD Epilepsie) diagnostiziert (AB 7.56/1 Mitte). Es bestünden belastungsverstärkte andauernde Nackenschmerzen, migräneartige Kopfschmerzen (vorbestehend seit Kindheit), Benommenheit mit Übelkeit, vorbestehende Rückenbeschwerden lumbal, Konzentrationsprobleme und erhebliche Vergesslichkeit und es sei eine mässige Symptorausweitung beobachtbar (AB 7.56/1 unten, 7.56/4 Mitte). Die Selbstprognose hinsichtlich Wiederaufnahme der bisherigen Arbeit sei verhalten (AB 7.56/3 Mitte). Auf direkte Nachfrage habe die Beschwerdeführerin eingeräumt, dass sie sich psychisch belastet fühle. Den Unfall habe sie verarbeitet; sie habe keine wiederkehrenden Gedanken oder Alpträume (AB 7.56/3 unten). Aus medizinisch-diagnostischer Sicht wäre bei guter Kooperation und Leistungsbereitschaft mit einem intensiven trainingsorien-

tierten Rehabilitationsprogramm (Einzelphysiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Coping-Strategien, psychosomatische Behandlung) eine erhebliche Verbesserung der Beschwerden und der arbeitsbezogenen Belastbarkeit zu erreichen; eine ausschleichende, sukzessive Reduktion der Schmerzmedikation wäre sinnvoll (AB 7.56/2 Mitte, 7.56/4 f.).

3.1.2 Vom 9. bis 12. März 2016 war die Beschwerdeführerin im Spital E._____ hospitalisiert. Diagnostiziert wurden im Austrittsbericht vom 7. April 2016 eine funktionelle Bewegungsstörung, ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie der Verdacht auf eine vestibuläre Migräne (AB 7.31/2 Mitte). Ätiologisch sei von einer funktionellen Bewegungsstörung mit dissoziativen Anfällen auszugehen; differenzialdiagnostisch hätten sich in den Zusatzuntersuchungen (MRI Schädel, EEG; vgl. AB 7.31/6 f.; vgl. auch AB 7.74 und 7.78) keine Hinweise für eine somatische Genese gefunden. Die chronischen Nackenschmerzen seien in erster Linie im Rahmen des Distorsionstraumas zu sehen, wobei eine beginnende Chronifizierung im Rahmen der psychischen Situation nicht ausgeschlossen werden könne; klinisch und radiologisch zeigten sich differenzialdiagnostisch keine Hinweise für eine strukturelle Genese. Therapeutisch werde sowohl für das Schmerzsyndrom als auch für die funktionelle Störung eine multimodale Therapie mit medikamentöser (schrittweise Reduktion), psychotherapeutischer und physiotherapeutischer Komponente sowie zur Stabilisierung der sozialen Situation die möglichst rasche, jedoch schrittweise, berufliche Wiedereingliederung empfohlen (AB 7.31/3 f.).

3.1.3 Anlässlich einer Hospitalisation in der Klinik F._____ vom 8. August bis 17. September 2016 wurden ein chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom, differenzialdiagnostisch eine vestibuläre Migräne, volontäre Ocular-Flutter und der Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung diagnostiziert (AB 19/2 unten). Die neurologische Untersuchung habe (bis auf das bekannte volontäre Ocular-Flutter bei Akkommodation) einen normalen Neurostatus gezeigt. Bei rezidivierend eingetretenen Myoklonie-artigen Zuckungen des Oberkörpers sei eine EEG-Kontrolle durchgeführt worden, wobei keine epilepsietypischen Potentiale bei sonst unauffälliger EEG-Zeichnung festzustellen gewesen seien. Weiter gebe die

Beschwerdeführerin an, seit ihrer Jugend an vestibulärer Migräne zu leiden, mit der sie gut zurecht gekommen sei. Sie habe bei Austritt kaum von Symptomverbesserung berichtet, es sei ihr aber gelungen, auf die Einnahme von Opiaten und Schmerzmedikamenten zu verzichten. Sie wünsche nach Austritt keine Psychotherapie (vgl. AB 7.21) mehr, wohl aber die Weiterführung von Physiotherapie und Massage. Es bestehe weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit (AB 19/3; vgl. auch AB 22.13).

3.1.4 Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, erachtete im Bericht vom 10. Januar 2017 die Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4) als gesichert und fügte als Verdachtsdiagnosen eine Traumafolgestörung (ICD-10 F43.9) und eine chronische somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren hinzu (AB 25.16/10 Ziff. 1). Das Unfallereignis habe zunächst zum Auftreten der für HWS-Distorsionstraumata typischen unspezifischen Beschwerden geführt. Damit könnte sich zudem vorübergehend auch die Migräneneigung verschlimmert haben. Schliesslich hätten sich aber recht bald die vorbestehenden dissoziativen Erlebnisweisen verstärkt bzw. hätten diese neue Manifestationsformen (Myoklonien) angenommen, welche vor allem im Zusammenhang mit den Schmerzen aufgetreten seien. Es habe sich daraus ein vielfältiges Symptombild entwickelt (AB 25.16/10 oben). Die wiederholte Durchführung eines EEGs mit negativem Befund während dem Auftreten der Myoklonien erlaube den Ausschluss einer epileptischen Genese (AB 25.16/9 Mitte). Der Beschwerdeführerin sollte die Aufnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei einer auf dissoziative und Traumafolgestörungen spezialisierten Psychotherapeutin dringend empfohlen werden, da eine erhebliche Chronifizierungsgefahr bestehe (AB 25.16/11 Ziff. 7).

3.1.5 Die Ärztin der C. _____ Dr. med. H. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 25. Januar 2017 fest, es hätten keine strukturell objektivierbaren Folgen des Unfalls vom TT.MMMM.2015 nachgewiesen werden können und es sei von weiteren somatischen Behandlungen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten (AB 25.11/4).

3.1.6 Im psychiatrischen Gutachten vom 20. November 2017 diagnostizierte Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), bestehend seit spätestens Sommer 2016; zuvor wäre die nach dem am TT.MMMM.2015 erlittenen Verkehrsunfall entwickelte Symptomatik als Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (ICD-10 F43.23) zu interpretieren gewesen (AB 61.1/15 Ziff. 4.1). Das aktuelle psychische Zustandsbild werde ganz entscheidend geprägt von den durchgehend vehement und mitunter sehr demonstrativ vorgebrachten Klagen über die diversen Schmerzen und Beeinträchtigungen. In Anbetracht dieses klinischen Bildes biete die Beschwerdeführerin zweifelsohne mindestens seit Sommer 2016 nun das Vollbild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, wobei die Schmerzsymptomatik nicht adäquat durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung erklärt werden könne. Die Existenz der in den multiplen Vorbefunden beschriebenen Schmerzen und die Funktionseinschränkungen nach dem erlittenen Verkehrsunfall sowie die bereits zuvor beklagte Schwindelsymptomatik stehe somit keinesfalls grundsätzlich in Frage, lediglich deren Ausgestaltung mit der starken Selbstlimitierung seit dem Unfallereignis scheine in Anbetracht der diversen fachärztlichen Beurteilungen und Untersuchungen eindeutig inadäquat und übertrieben (AB 61.1/17). Wäre die Beschwerdeführerin zu einem früheren Zeitpunkt psychiatrisch begutachtet worden, so wäre in Anbetracht des zweifelsohne primär reaktiven Auftretens der beklagten psychischen Symptome im Anschluss an den Unfall – und damit als Reaktion auf eine aussergewöhnliche psychische oder physische Belastung – zunächst die Diagnose einer Anpassungsstörung zu stellen gewesen, doch heile diese in der Regel innerhalb von sechs Monaten aus. Die in der Tat zweifelsohne initial als Anpassungsstörung zu diagnostizierenden psychischen Symptome seien im Verlaufe von sechs Monaten in das Vollbild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung übergegangen. Die in den Vorakten verwendete Diagnoseformulierung der Traumafolgestörung sei als synonym mit dem fachlich korrekteren und präziseren Begriff der Anpassungsstörung anzusehen (AB 61.1/18 ff. Ziff. 3.1).

Die Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung sei immer wieder gestellt oder zumindest als Verdachtsdiagnose formuliert worden, um die von der Beschwerdeführerin ab Frühjahr 2016 wiederholt beschriebenen Zuckungen und Missempfindungen in diversen Körperteilen diagnostisch zu erfassen und zuzuordnen, nachdem neurologischerseits ein epileptisches Geschehen habe sicher ausgeschlossen werden können. Wende man die Definition einer dissoziativen Bewegungsstörung auf den Fall der Beschwerdeführerin an, so werde schnell klar, dass diese Diagnose bei kritischer Hinterfragung nicht haltbar sei, habe sie doch niemals über eine reine Empfindungsstörung und einen Bewegungsverlust, sondern vor allem über unkontrollierte Bewegungen einzelner Körperteile geklagt, seien diese motorischen Entäusserungen stets in Zusammenhang mit den Klagen über Schmerzen aufgetreten und seien von Beginn an neben den reinen motorischen Entäusserungen immer wieder auch diverse andere Wahrnehmungen betroffen gewesen. Somit seien diese motorischen Entäusserungen lediglich als eines der vielen möglichen Symptome der somatoformen Schmerzstörung zu sehen und würden mit dieser Diagnose bereits erfasst (AB 61.1/21 f. Ziff. 3.2).

Im Hinblick auf mögliche anxiodepressive Symptome sei festzuhalten, dass alle diese Symptome seit jeher eindeutig und klar in Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden stünden. In Anbetracht dieser starken Symptom- und Schmerzfixierung sei auf gar keinen Fall die Diagnose einer depressiven Episode oder gar einer echten rezidivierenden depressiven Störung gerechtfertigt; auch die gesonderte Diagnose einer Angststörung sei im Hinblick auf den Zusammenhang der beklagten Ängste mit den körperlichen Beschwerden sowie vor allem auch unter Berücksichtigung des aktuellen klinischen Befundes ohne jegliche stärker ausgeprägte Angstphänomene nicht haltbar (AB 61.1/22 f. E. 3.3).

Es sei davon auszugehen, dass die bei der Beschwerdeführerin bestehenden akzentuierten Persönlichkeitszüge einer willentlichen Kontrolle durchaus zugänglich wären (AB 61.1/24 unten). Nach einem zweifelsohne vorhandenen Leidensdruck liessen sich bei der Beschwerdeführerin wiederholt auch eindeutige Aggravationstendenzen sowohl in ihren Schilderungen als auch in ihrer Mimik und Gestik feststellen (AB 61.1/25 Ziff. 5). Die Be-

schwerdeführerin biete zweifelsohne einen gewissen und mitunter gar erheblichen subjektiven Leidensdruck und in Anbetracht des mittlerweile fast zweijährigen Krankheitsverlaufs mit einer offensichtlich bestehenden, maximalen Selbstlimitierung sei durchaus von einem gewissen, eher hohen Schweregrad der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen (AB 61.1/25 Ziff. 6.1). Allerdings fielen im bisherigen Krankheitsverlauf sowie vor allem auch bei den Schilderungen diverse Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten auf. Bei der starken Fixierung auf die Familie sei anzumerken, dass diese der Beschwerdeführerin in sicherlich wohlgemeinter Absicht seit langem offenbar fast alle Aufgaben abnehme und dabei eine zunehmende Regression und Dekonditionierung fördere; dies wäre bei entsprechender Motivation und entsprechendem Training durchaus reversibel. Im Hinblick auf die bisherige Therapie sei festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin die Therapieoptionen noch lange nicht ausgeschöpft seien (AB 61.1/25 ff. E. 6.2). Bei der Beschwerdeführerin bestehe keinerlei Komorbidität im Sinne einer weiteren, zusätzlich zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestehenden psychischen Erkrankung mit unterschiedlicher Ätiologie (AB 61.1/27 Ziff. 6.4). Aus rein psychiatrisch-gutachterlicher Sicht sei nicht von einem schweren und nicht mehr besserungsfähigen Residualzustand auszugehen, selbst wenn die psychische Symptomatik mittlerweile als zunehmend chronifiziert erscheine. Das Zustandsbild werde entscheidend durch diverse ungünstige krankheitsfremde Faktoren sowie auch einige nicht krankheitsbedingte (Fehl-)Einstellungen mit hohem Leistungsbegehren geprägt. Die Beschwerdeführerin verfüge hingegen durchaus über objektiv gar recht gute Ressourcen. Ihre psychische Erkrankung in Form der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung allein würde es ihr daher theoretisch durchaus erlauben, ihre körperlichen Beschwerden und ihre psychische Symptomatik mit therapeutischer Unterstützung ausreichend zu bewältigen und zu kontrollieren, so dass ihr jede ihrem Alter, ihrem Ausbildungsstand und ihren tatsächlichen körperlichen Beeinträchtigungen angepasste Berufstätigkeit grundsätzlich wieder zeitlich progressiv und allenfalls unter passagerer Anerkennung einer gewissen Leistungsminderung zuzumuten wäre. Die Prognose in Bezug auf eine tatsächliche Wiederaufnahme der Arbeit erscheine hingegen auch mittel- bis langfristig in Anbetracht des bisherigen Verlaufs und der fortbestehenden, äusserst ungünstigen krankheitsfremden Faktoren mit bereits über

zweijähriger Abwesenheit vom Arbeitsprozess, weiterhin hohem Leistungsbegehren sowie einer eingesetzten Dekonditionierung und Chronifizierung der Beschwerden, einem hyperprotektiven familiären Umfeld etc. eher ungünstig (AB 61.1/27 f. Ziff. 7 f.).

3.1.7 Im vertrauensärztlichen gutachterlichen Bericht zu Händen der Krankenkasse vom 24. Februar 2018 nahm Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das Vorliegen einer gemischten dissoziativen Störung (ICD-10 F44.7) an (AB 72.3/16 Ziff. 6.1) und erachtete die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung als nicht zutreffend, da gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin nicht eigentlich ein quälender, andauernder und schwerer Schmerz die wesentliche Psychopathologie darstelle (AB 72.3/13 Ziff. 5.4 unten). Es liege einerseits eine episodenhaft sich ergebende Wahrnehmungsstörung im Sinne einer dissoziativen Störung vor, die den Schweregrad einer kurzzeitigen Psychose erfülle und die Integrität der Beschwerdeführerin sowie das für das psychophysische Leistungsvermögen erforderliche Leberleben nachhaltig beeinträchtige. Des Weiteren liege im Zusammenhang mit dieser dissoziativen Störung eine Minderung der bewegungskoordinierenden mentalen Funktionsfähigkeit vor (AB 72.3/16 f. Ziff. 6.7). Derzeit finde sich kein eindeutiger klarer medizinischer Zustand, welcher zu einer baldigen Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit qualifiziere (AB 72.3/18 Ziff. 6.14).

3.1.8 Gemäss Bericht über den bisherigen Behandlungsverlauf der K. _____ vom 8. Oktober 2018 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3) befindet sich die Beschwerdeführerin seit dem 10. Juli 2017 in regelmässiger integriert psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Bei Behandlungsbeginn habe sich ein komplexes Beschwerdebild präsentiert, weswegen sich die diagnostische Einordnung der bestehenden funktionellen Einschränkungen als schwierig gestaltet habe. Es sei wiederholt die seit dem Kindesalter bestehende Dissoziationsneigung bei belastenden Ereignissen deutlich geworden, wobei die Beschwerdeführerin diese bis zum Unfallereignis habe kompensieren können. Es sei von einer dissoziativen Bewegungsstörung auszugehen. Trotz Fortschritten sei die Arbeitsfähigkeit nach wie vor stark limitiert; aus psychiatrischer Sicht bestehe nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Dabei sei im wei-

teren Verlauf im Rahmen des aktuellen Behandlungsrahmens mit einer weiteren Reduktion der funktionellen Einschränkungen zu rechnen, wobei diesbezüglich unter Berücksichtigung des bereits chronifizierten und gesamthaft komplexen Beschwerdebildes von einem langen Behandlungsverlauf auszugehen sei.

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

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 21. September 2018 (AB 77) massgeblich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. I. _____ vom 20. November 2017 (AB 61.1) gestützt. Dieses erfüllt hinsichtlich der Befunde und Diagnosen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die

Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet. Die somatoforme Schmerzstörung, welche sich nach einer initialen Anpassungsstörung entwickelte, wurde nachvollziehbar hergeleitet (AB 61.1/17) und die in den Vorakten abweichenden Diagnosen für den hier massgebenden Zeitraum überzeugend ausgeschlossen (AB 61.1/18 ff.). Insbesondere zeigte der Gutachter differenziert auf, dass die Störungen aufgrund der geklagten Symptomatik nach klinisch-diagnostischen Leitlinien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 220) nicht unter die enger gefasste dissoziative Bewegungsstörung zu subsumieren, sondern unter F45 zu klassifizieren ist (AB 61.1/21 f.).

3.3.1 Die geltend gemachten (Beschwerde, S. 8 Art. 9) geringfügigen Fehler in der erhobenen Biographie (AB 61.1/6 lit. A Ziff. 1.1) können durchaus vorkommen, sind medizinisch indessen irrelevant und lassen keine Rückschlüsse auf eine generelle Unsorgfalt des Sachverständigen zu. Ob die Behauptung (Beschwerde, S. 8 Art. 8) der falschen Wiedergabe des Verhaltens der Explorandin während dem klinischen Explorationsgespräch (AB 61/12 Ziff. 3.1) zutrifft, kann letztlich offen bleiben: Einerseits hat der Experte die Aggravation nicht allein mit dieser Beobachtung begründet (AB 61.1/25 Ziff. 5). Während nämlich die Beschwerdeführerin anlässlich des Untersuchungsgesprächs von ihrer Schwester gestützt werden musste oder sich demonstrativ an der Wand anlehnte, da sie nicht alleine gehen könne, und das Gespräch grossmehrheitlich in am Boden sitzender und an der Wand anlehrender Position durchgeführt wurde (AB 61.1/12 Ziff. 3.1), lässt die Schilderung ihres typischen Tagesablaufs indessen doch auf erhebliche Selbstständigkeit ihrerseits schliessen (selbstständiges Aufstehen und Frühstück, Häkel- oder Strickarbeiten im Liegen oder Holzarbeiten in der Küche oder im Wohnzimmer, einfachere Hausarbeiten, kleines Mittagessen, Beschäftigung am Computer, Haustiere, Einkäufe und Spaziergänge mit dem Freund am Wochenende; AB 61.1/9 f.). Anlässlich der Untersuchung wirkte die Stimmung allenfalls leicht gedrückt und die Beschwerdeführerin wirkte durchgehend recht klagsam, doch konnte sie

immer wieder auch spontan lachen. Sie sei durchgehend recht demonstrativ in ihren Schilderungen gewesen und habe permanent ihre zahlreichen Schmerzen und Beeinträchtigungen infolge des Unfalls beklagt. Sie sei mitunter recht suggestibel gewesen und habe auf Nachfrage immer wieder auch weitere Beschwerden und Schmerzen bejaht. Das emotionale Erleben werde eindeutig von ihren alles dominierenden Klagen über die diversen körperlichen Schmerzen und die Beeinträchtigungen beherrscht; es bestehe offenbar seit nunmehr zwei Jahren eine maximale Selbstlimitierung (AB 61.1/13 Mitte). Die Beschwerdeführerin gebe durchgehend klar ihrer persönlichen Einschätzung Ausdruck, sie sei absolut nicht mehr arbeitsfähig, und formuliere ihr Leistungsbegehren an die Versicherungen als ein ihr ihrer Meinung nach zustehendes Recht (AB 61.1/25 Ziff. 5). Unabhängig davon wurde schon anlässlich des ambulanten Assessments in der Klinik D._____ vom 9. Februar 2016 eine mässige Symptomausweitung beobachtet und eine mässige Leistungsbereitschaft bzw. ein schlechtes Leistungsverhalten beschrieben (AB 7.56/1 unten, 7.56/4 Mitte). Andererseits würde auch das Verneinen eines Ausschlussgrundes (Beschwerde, S. 9 Art. 8) im Ergebnis nichts ändern, zumal die Beschwerdegegnerin ohnehin nicht von einem ausschliesslich aggravatorischen Verhalten ausgegangen ist (vgl. E. 2.2.2 ff. hiervor) und selbst nach Prüfung der Standardindikatoren einen invalidisierenden Gesundheitsschaden verneint hat (vgl. E. 4 nachfolgend).

3.3.2 Soweit in den im Nachgang zur Begutachtung (AB 61.1) erstellten Berichten (insb. AB 72.3 und BB 3) wiederum eine dissoziative (Bewegungs-)Störung diagnostiziert worden ist, ist darauf hinzuweisen, dass sich der psychiatrische Gutachter Dr. med. I._____ eingehend mit dieser Diagnose auseinandergesetzt und diese alsdann überzeugend ausgeschlossen hat (AB 61.1/21 f.; vgl. E. 3.1 hiervor). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine

abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Entsprechend hätte sich insbesondere Dr. med. J._____ im vertrauensärztlichen gutachterlichen Bericht zu Händen der Krankenkasse vom 24. Februar 2018 (AB 72.3) ausführlicher mit der Einschätzung des Dr. med. I._____ auseinandersetzen müssen, um an dessen Beurteilung Zweifel aufkommen zu lassen. Das war ihm aber schon deshalb nicht möglich, weil ihm das Gutachten von Dr. med. I._____ nicht vorgelegen hat und er lediglich Kenntnis von dessen Diagnosestellung hatte (vgl. AB 72.3/13 und 72.3/18, je Mitte). Alsdann gilt es zu beachten, dass unterschiedliche subjektive Angaben der Beschwerdeführerin zur Schmerzintensität zu unterschiedlichen Diagnosen führen können, zumal sich nach Ansicht der behandelnden Psychiater ohnehin ein komplexes Beschwerdebild präsentiert, welches die diagnostische Einordnung der bestehenden funktionellen Einschränkungen als schwierig gestaltet (BB 3). Jedenfalls wäre auch im Falle einer dissoziativen (Bewegungs-)Störung – wie bei sämtlichen psychischen Störungen – das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen grundsätzlich anhand des strukturierten normativen Prüfungsrahmens zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298; vgl. E. 4 nachfolgend).

3.3.3 Gemäss den im Nachgang zur psychiatrischen Begutachtung (AB 61.1) erstellten Berichten wird die Beschwerdeführerin weiterhin als voll arbeitsunfähig betrachtet (AB 72.3/3 Ziff. 8 und BB 3). Auch Dr. med. I._____ spricht in diesem Zusammenhang von einer zunehmend chronifiziert erscheinenden Symptomatik und geht in Bezug auf eine tatsächliche Wiederaufnahme der Arbeit sogar mittel- bis langfristig von einer eher ungünstigen Prognose aus (AB 61.1/28 Ziff. 8). Aus versicherungsmedizinischer-gutachterlicher Sicht konnte er indessen aufgrund diverser ungünstiger krankheitsfremder Faktoren mit bereits über zweijähriger Abwesenheit vom Arbeitsprozess, weiterhin hohem Leistungsbegehren sowie einer eingesetzten Dekonditionierung und Chronifizierung der Beschwerden, einem hyperprotektiven familiären Umfeld etc. keine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestieren (AB 61.1/27 f. Ziff. 7 f.). Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich nämlich oft nicht klar vom medizi-

nisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten biopsychosozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2). Da sich die im Nachgang zur Begutachtung erstellten Berichte über invaliditätsfremde Faktoren gänzlich ausschweigen – der vertrauensärztliche gutachterliche Bericht von Dr. med. J. _____ vom 24. Februar 2018 (AB 72.3) wurde denn auch nicht zu Händen der IV, sondern der Krankenkasse verfasst –, vermögen diese am psychiatrischen Gutachten keine Zweifel zu begründen.

3.3.4 Damit erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) weitere Sachverhaltserhebungen. Es steht gestützt auf das Administrativgutachten des Dr. med. I. _____ (AB 61.1) fest, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) vorliegt, welche sich nach einer initialen Anpassungsstörung entwickelte. Die klassi-

fikatorischen Vorgaben (vgl. E. 2.2.2 hiervor) sind erfüllt. Ob mit dem festgestellten aggravatorischen Verhalten bzw. der Selbstlimitierung Ausschlussgründe vorliegen (vgl. E. 2.2.3 hiervor), kann angesichts der nachstehenden Erwägungen letztlich offen bleiben.

4.

4.1 Soweit aus der Prüfung der ersten Ebene keine eindeutigen Ergebnisse resultieren, hat auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen (vgl. E. 2.2.4 hiervor). Dazu gilt es zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin die entsprechenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin (AB 77/2) nicht beanstandet.

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.). Wenngleich der Gutachter aufgrund des gewissen und mitunter gar erheblichen subjektiven Leidensdrucks und in Anbetracht des mittlerweile fast zweijährigen Krankheitsverlaufs mit einer offensichtlich bestehenden, maximalen Selbstlimitierung durchaus von einem gewissen, eher hohen Schweregrad der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgeht (AB 61.1/25 Ziff. 6.1), weist er sogleich auf diverse Inkonsistenzen und Widersprüche (AB 61.1/25 f. Ziff. 6.2; vgl. E. 3.3.1 hiervor) sowie auf invaliditätsfremde Faktoren (AB 61.1/28 Ziff. 8; vgl. E. 3.3.3 hiervor) hin und verneint dementsprechend aus rein psychiatrisch-gutachterlicher Sicht einen schweren und nicht mehr besserungsfähigen Residualzustand (AB 61.1/27 f. Ziff. 7).

4.2.1.2 Sodann ist auf den Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. auf die Behandlungs- und Eingliederungsresistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Eine erstmalige psychiatrische Behandlung (vier Sitzungen innerhalb weniger Wochen; AB 7.21) wollte die Beschwerdeführerin trotz entsprechender Empfehlungen (vgl. E. 3.1.1 f. hiervor) und obschon sie sich als gänzlich arbeitsunfähig erachtet hatte (vgl. AB 61.1/16 oben) nach dem Austritt aus der Klinik F._____ im September 2016 nicht mehr weiterführen (AB 19/3); die Wiederaufnahme einer entsprechenden Behandlung erfolgte erst wieder auf Anraten ihres Hausarztes nicht zuletzt in Anbetracht der laufenden IV-Abklärung (AB 61./10 unten) per 10. Juli 2017 (BB 3). Nach Ansicht des Gutachters wären deshalb bei angeblich hohem Leidensdruck eine konsequente Behandlung nach verhaltenstherapeutischen Grundsätzen, eine ausreichend hoch dosierte Medikation oder gar eine stationäre psychosomatische Behandlung zu erwägen (AB 61.1/26 Mitte). Somit kann nicht von einer Ausschöpfung der Behandlungsoptionen bzw. einer Behandlungsresistenz ausgegangen werden.

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). Neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestehen keine weiteren psychischen Erkrankungen mit unterschiedlicher Ätiologie. Wesentliche somatische Beeinträchtigungen sind weder aktenkundig noch werden sie geltend gemacht. Dementsprechend liegen auch keine Wechselwirkungen vor (vgl. AB 61.1/27 Ziff. 6.4).

4.2.2 Dafür, dass der Komplex "Persönlichkeit" (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen keine Anhaltspunkte. Es wurden im psychiatrischen Gutachten bloss akzentuierte Persönlichkeitszüge ohne höheren Krankheitswert festgestellt (AB 61.1/24 unten, 61.1/27 Ziff. 6.3).

4.2.3 Zum Komplex "Sozialer Kontext" (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) hielt der Gutachter fest, die Beschwerdeführerin pflege diverse Bekannt-

schaften, einige feste Freundschaften und eine bis heute stabile und angeblich harmonische Beziehung und verfüge über durchaus gute und gar eher überdurchschnittliche Ressourcen (AB 61.1/31 f. Ziff. II.5). Damit hält das soziale Umfeld überdurchschnittliche Ressourcen bereit.

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

4.3.1 Es besteht eine ungleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in den verschiedenen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Während sich die Beschwerdeführerin als gänzlich arbeitsunfähig erachtet (vgl. AB 61.1/16 oben), lässt das Alltags- und Freizeitverhalten doch auf bedeutende Ressourcen schliessen (AB 61.1/9 f.).

4.3.2 Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) spricht angesichts der zwischenzeitlich ausgesetzten und erst wieder auf Anraten ihres Hausarztes nicht zuletzt in Anbetracht der laufenden IV-Abklärung (AB 61.1/10 unten) wieder aufgenommenen psychologischen Behandlung in ambulanter Form für einen geringen Leidensdruck.

4.4 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund ist auf die ärztlicherseits attestierte Arbeitsunfähigkeit (Aufnahme einer Arbeitstätigkeit zunächst lediglich im reduzierten Umfang mit stufenweiser Steigerung auf ein Vollpensum; AB 61.1/36 Ziff. VI) aus rechtlicher Optik nicht abzustellen.

4.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin zu Recht mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens abgewiesen hat. Die Verfügung vom 21. September 2018 (AB 77) ist folglich nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

5.2 Die Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- 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 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.