

200 18 785 IV
SCP/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. November 2020

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch **B.** _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Bundesgerichtsentscheid vom 16. Oktober 2018 (Rückweisung
an Vorinstanz IV 72/18)



Sachverhalt:

A.

Die 1976 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Dezember 2014 unter Hinweis auf eine Depression und chronische Rückenschmerzen bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Nach Abklärungen erwerblicher und medizinischer Art verfügte die IVB ein Belastbarkeits- und Aufbautraining mit Coaching vom 3. August 2015 bis 17. Juli 2016 (AB 23, 32, 34 f., 36 f.) und sprach anschliessend einen Arbeitsversuch mit Verlängerung des Coachings zu (bis 16. Oktober 2016; AB 39, 41, 46). Nachdem hieraus eine Anstellung per 17. Oktober 2016 zum Leistungslohn von 35 % bei einem Pensum von 50 % resultierte, schloss die IVB mit Mitteilung vom 12. Januar 2017 das Dossier im IV-Eingliederungsmanagement ab (AB 46/5 Ziff. 5, 55, 60). Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 62) wurde die Versicherte in der Folge neuropsychologisch (Expertise des lic. phil. C. _____, Fachpsychologe für Neuropsychologie, vom 20. Juli 2017; AB 72.1) und psychiatrisch (Expertise des Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Juni 2017; AB 74.1) begutachtet. Mit Vorbescheid vom 5. September 2017 stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 32 % in Aussicht (AB 75). Auf Einwand hin (AB 82, 84) und nach Konsultation des RAD (AB 86) verfügte die IVB am 8. Dezember 2017 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (AB 87).

Mit Urteil vom 9. Mai 2018, IV/2018/72, wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern die gegen die Verfügung vom 8. Dezember 2017 erhobene Beschwerde ab (vgl. Gerichtsakten). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 16. Oktober 2018, 8C_450/2018 (in den Gerichtsakten), teilweise gut, hob das Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 8. Dezember 2017 auf und wies die Sache zu neuer Entscheidung – nach Klärung offener Fragen (mit noch offenem Ausgang) – an dieses zurück; im Übrigen wies es die Beschwerde ab.

B.

Unter der Verfahrensnummer IV/2018/785 nahm der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 14. November 2018 das Verfahren wieder auf und hielt unter anderem fest, dass zur Klärung der vom Bundesgericht für ungeklärt befundenen Fragen eine Neubegutachtung in Auftrag zu geben sein werde. Hierzu wurden mit gleichentags versandten Schreiben bei den die Beschwerdeführerin behandelnden Ärzten und Psychologen sowie bei diversen früheren Arbeitgebern weitere echtzeitliche Unterlagen ediert, welche in der Folge (teilweise auf nochmalige Aufforderung des Instruktionsrichters hin) eingingen (edierte Akten [act. III bis act. IIIIF] samt Stellungnahme des Spitals E. _____ vom 7. Januar 2019). Aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügungen vom 14. November 2018, Ziff. 4, und 19. Dezember 2018, Ziff. 3) machte zudem die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 28. Dezember 2018 unter Hinweis auf eine Stellungnahme des Spitals E. _____ vom 21. Dezember 2018 (in den Gerichtsakten) Angaben zu den Therapiemassnahmen. In der prozessleitenden Verfügung vom 21. Januar 2019 gab der Instruktionsrichter den Parteien die beabsichtigte Auftragserteilung zur Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens bei Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bekannt und unterbreitete ihnen den vorgesehenen Fragenkatalog. Während die Beschwerdegegnerin mit Stellungnahme vom 12. Februar 2019 einzig die Durchführung von Laborkontrollen beantragte, nahm die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 15. Februar 2019 hierzu eingehend Stellung und beantragte zudem die Ablehnung des Instruktionsrichters. Nach letztinstanzlicher Abweisung dieses Gesuchs (vgl. Urteil des BGer vom 3. Juli 2019, 8C_279/2019) und der von der Beschwerdeführerin wahrgenommenen Gelegenheit zur Bereinigung ihrer Eingabe vom 15. Februar 2019 (Eingabe vom 7. Oktober 2019; vgl. prozessleitende Verfügung vom 16. Juli 2019) erteilte der Instruktionsrichter den gestützt auf die entsprechenden Anträge der Parteien ergänzten Begutachtungsauftrag an Dr. med. F. _____, welcher das Gutachten am 27. April 2020 (in den Gerichtskaten) fertigstellte. Mit Eingaben vom 18. und 29. Juni 2020 nahmen die Parteien hierzu Stellung. Den dabei von der Beschwerdeführerin gestellten Verfahrensanträgen entsprach der Instruktionsrichter in dieser Form nicht, verlangte aber vom Gutachter weitere Erläuterungen bezüglich

der von diesem attestierten Arbeitsfähigkeit (vgl. prozessleitende Verfügung vom 29. Juli 2020). Dieser Aufforderung kam der Gutachter mit Eingabe vom 26. August 2020 (in den Gerichtsakten) nach. Hierzu reichten die Parteien am 16. September und 22. Oktober 2020 (mitsamt Berichtigung vom 26. Oktober 2020) Schlussbemerkungen ein.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 8. Dezember 2017 (AB 87). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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

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

2.

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

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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).

2.4 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 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Der Hausarzt Dr. med. G. _____ diagnostizierte im Bericht vom 23. Januar 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine ADHS und Depression und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Rückenschmerzen (AB 11/2 Ziff. 1.1). Bei der Arbeit komme es zu Konzentrationschwächen und eingeschränkter Produktivität, weshalb die bisherige Tätigkeit als ... nur noch sehr reduziert und nur mit einer deutlichen Leistungsminderung zumutbar sei (AB 11/4 Ziff. 1.7).

3.1.2 Gemäss Bericht des Spitals E. _____ vom 19. Februar 2015 leidet die Beschwerdeführerin an einer Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung im Erwachsenenalter (ADHS, bestehend seit der Kindheit; ICD-10 F90.0), einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), und einer chronisch rezidivierenden intervertebralen Diskopathie (AB 16/2 Ziff. 1.1). Infolge der seit Behandlungsbeginn gewonnenen eigen- und fremdana-

mnestischen Daten und der durchgeführten Testdiagnostik seien Auswirkungen der ADHS spätestens in der Jugendzeit vorhanden gewesen. Trotz ständig ausgetragener Konflikte in der Schule sei es der Beschwerdeführerin gelungen, die ... und das ... zu absolvieren. Die berufliche Tätigkeit als angestellte ... bei ... und ... sei ihr zunächst von Aussen betrachtet gleichfalls erfolgreich gelungen, allerdings sei sie immer häufiger an den Rand ihrer Möglichkeiten gelangt, da vor allem das zeitgerechte speditive Erfüllen von Aufträgen immer mehr zum Problem geworden sei. Nach hinzutretenden sozialen Belastungen (Todesfälle im familiären Umfeld) 2008/09 sei es erstmals zur sichtlichen psychischen Dekompensation, zur Ausbildung eines depressiven Syndroms und der ersten stationären Behandlung gekommen. Scheinbar gebessert habe sie sich daraufhin in eine neue komplexe, hoch verantwortungsvolle Tätigkeit in einer ... gestürzt, wo es im Verlauf des Jahres 2014 erneut zu einer initial schwergradigen depressiven Episode gekommen sei; seit Juni 2014 sei sie deswegen arbeitsunfähig. Eine Wiederaufnahme der Arbeit im November 2014 zu vorerst 20 % sei gescheitert (AB 16/2 f. Ziff. 1.4). Auf dem freien Arbeitsmarkt sei derzeit keine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit möglich; es bedürfe vorgängig der erfolgreichen Bewältigung von Wiedereingliederungsmassnahmen (AB 16/5 Ziff. 1.9).

Gemäss Verlaufsbericht vom 26. Oktober 2015 sei bei unveränderten Diagnosen eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten (die rezidivierende depressive Störung sei gegenwärtig remittiert [ICD-10 F33.4]; AB 31/2 Ziff. 1 ff.). Aufgrund ihrer intellektuellen Kompetenzen, ihrer Leistungsbereitschaft und -orientierung sowie ihrer vielfältigen Talente und Fähigkeiten sei für die ferne Zukunft eine gute Prognose zu stellen, soweit die intrapsychisch determinierte Verbindung von Selbstwert- und Eigenbeziehungsstörung und die damit korrelierenden depressiven Episoden therapeutisch erfolgreich behandelt werden können. Unter geschützten Bedingungen sei eine 50%ige Tätigkeit als ... in einem ... mit übersichtlichem monolinearem Projektfluss ohne Multitasking-Situationen, mit Gewährung ausreichender Korrekturmöglichkeiten für den jeweiligen Auftrag und ebenso ausreichender Pausengestaltung denkbar (AB 31/4 Ziff. 14).

3.1.3 Im Rahmen des Belastbarkeits- und Aufbautrainings mit Coaching vom 3. August 2015 bis 17. Juli 2016 erreichte die Beschwerdeführerin gemäss Leistungsbeurteilung des Arbeitgebers bei einem Pensum von 50 % eine Leistung von 35 %, was bei einem vollen Pensum einer effektiven Leistung von knapp 18 % entspreche. Der Arbeitgeber könne ihr nur einzelne, abgrenzbare Arbeiten abgeben; sie sei auf hohe Betreuung und Nachkontrolle angewiesen. Sie könne nicht selbstständig Fälle führen und an ... teilnehmen; letzteres auch aufgrund des fehlenden Eine Pensumssteigerung sei nicht anzuraten, da bereits die aktuelle Präsenz zu grossen Ermüdungserscheinungen führe. Es sei eine deutliche Einschränkung in der Konzentrationsfähigkeit und im Arbeitstempo festgestellt worden (AB 46/4 f.).

3.1.4 Anlässlich einer Besprechung vom 3. November 2016 erachtete es der RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, – ohne abschliessende verbindliche Beurteilung des Zumutbarkeitsprofils – als plausibel, dass nur eine Anstellung quasi unter den Bedingungen des zweiten Arbeitsmarktes realistisch sei (AB 49/4 unten).

3.1.5 Mit Verlaufsbericht vom 14. Dezember 2016 bescheinigte der Oberarzt des Spitals E._____, Dr. med. I._____, bei unveränderten Diagnosen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin (AB 53/2 Ziff. 1 f.). Im Sommer 2016 habe sich im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung eine erneute leichte depressive Episode herausgebildet (ICD-10 F33.0; AB 53/2 Ziff. 4). Die Beschwerdeführerin habe bisher auf jedwede medikamentöse ADHS-Behandlung nur ungenügend angesprochen, das bei jeweils ausreichender Dosierung (AB 53/3 Ziff. 8). Wie der Verlauf des vergangenen Jahres gezeigt habe, sei es in einem geschützten Arbeitsumfeld zu einer weitgehend durchgängigen Leistungserbringung von ca. 40 % gekommen, was noch immer nicht deckungsgleich auf die Bedingungen des freien Arbeitsmarktes übertragen werden könne. In diesem Rahmen wäre mit weiterer psychischer Konsolidierung die bisherige Erwerbstätigkeit zumutbar (AB 53/4 Ziff. 13). In einer ... bzw. als ... oder ... beispielsweise einer Organisation könnte die Beschwerdeführerin ein Arbeitspensum von 40 - 50 % bewältigen (AB 53/4 Ziff. 14).

3.1.6 Im neuropsychologischen Gutachten vom 20. Juli 2017 diagnostizierte lic. phil. C. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine ADHS (ICD-10 F99.0) mit u.a. leichten kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen (AB 72.1/19 Ziff. III.1). In der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich in der Testdiagnostik insgesamt leichte kognitive Minderleistungen gezeigt. In Richtung einer ADHS-Symptomatik habe auch die Verhaltensbeobachtung (deutlich verminderte Verhaltenssteuerung und Strukturiertheit) bei der gutachterlichen Untersuchung hingewiesen. Schwierig zu beurteilen sei die bisher weitgehend fehlende spezifische Wirksamkeit der ADHS-Medikation insbesondere auf die Aufmerksamkeitsbeeinträchtigungen, aber auch auf die erhöhte Impulsivität. Ihrer Suchtpersönlichkeit geschuldet sein dürfte, dass die Medikamente offenbar schnell sehr hoch dosiert worden seien, was dann wiederum über längere Zeit nicht tragbar gewesen sei. Bei der gutachterlichen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin nicht offensichtlich depressiv gewirkt. Eine Reihe von Informationen würde auf das Vorhandensein von Persönlichkeitsbeeinträchtigungen hindeuten. Bekannt sei zudem eine Suchtstörung; in stationäre Behandlung sei sie auch wegen ihres Drogenproblems gegangen, wo sie abstinenter von Cannabis und Kokain geworden sei, doch habe anschliessend während eines Jahres eine Suchtverlagerung auf Alkohol stattgefunden. Der Verlauf der beruflichen Tätigkeit bis heute deute darauf hin, dass schon seit dem ...abschluss eine gewisse Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit und der zeitlichen Zumutbarkeit vorhanden gewesen sei, sich diese Einschränkungen jedoch seit der psychischen Krise 2014 deutlich verstärkt hätten (AB 72.1/12 ff.). Es sei zu einer optimalen Einstellung der ADHS-Medikation zu raten (AB 72.1/20 Ziff. IV.3). Anspruchsvollere ... Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an die Selbststrukturierung und Arbeitsstrukturierung seien für die Beschwerdeführerin nicht geeignet. Besser geeignet seien Tätigkeiten in diesem Gebiet mit geringen Anforderungen an die Selbst- und Arbeitsstrukturierung, d.h. mit klaren Vorgaben, klaren Abläufen und hohem Routinegrad (AB 72.1/20 Ziff. IV.6). Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit rein aufgrund der ADHS-Symptomatik und den kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen sei kaum möglich, da eine Unterscheidung zu Beeinträchtigungen im Rahmen der Psychopathologie nicht eindeutig möglich sei. Prinzipiell wäre jedoch rein aufgrund der ADHS und der damit assoziierten Funktionsbeeinträchtigungen mit qualitativen Einschränkungen in

der bisherigen Tätigkeit im Ausmass von höchstens 30 % zu rechnen. Eine Einschränkung der zeitlichen Zumutbarkeit lasse sich dabei aus rein neuropsychologischer Sicht nicht ableiten. Es sei davon auszugehen, dass die qualitative Leistungsfähigkeit in den bisherigen beruflichen Tätigkeiten von 2006 bis 2014 immer schon in einem Ausmass von höchstens 30 % beeinträchtigt gewesen sei. Auch in zeitlicher Hinsicht scheine damals aufgrund einer eingeschränkten psychischen Belastbarkeit eine relevante Einschränkung vorhanden gewesen zu sein, habe die Beschwerdeführerin doch grossmehrheitlich in einem Pensum von 50 und 70 % gearbeitet. Nach dem psychischen Zusammenbruch Mitte 2014 scheine die Leistung weiter gesunken zu sein, die zeitliche Belastbarkeit habe zuletzt nur gerade ca. 50 % betragen. Die Beurteilung im Rahmen des Belastbarkeits- und Aufbautrainings bzw. des anschliessenden Arbeitsversuchs, wonach die Leistungsfähigkeit als Praktikantin lediglich 35 % betragen habe (vgl. AB 46/5 Ziff. 5), scheine deutlich zu tief beurteilt und auch auf mangelnde Berufserfahrung und mangelnde berufliche Qualifikationen in diesem Bereich zurückzuführen gewesen zu sein. Geeignet scheine eine Nischentätigkeit als ... mit genau definierten und immer wiederkehrenden Aufgabenstellungen mit eher geringen Anforderungen an die Selbst- und Arbeitsstrukturierung. In einer solchen Tätigkeit wäre aus rein neuropsychologischer Sicht von einer Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit im Ausmass von ca. 20 % auszugehen, eine Einschränkung der zeitlichen Zumutbarkeit lasse sich in einer angepassten Tätigkeit nicht mit Sicherheit postulieren (AB 72.1/22 Ziff. VI).

3.1.7 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. D. _____ diagnostizierte in der Expertise vom 9. Juni 2017 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 17. August 2017) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31; differentialdiagnostisch eine Persönlichkeitsakzentuierung [ICD-10 Z73.0]) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4; AB 74.1/13 Ziff. 5). Die Intelligenz werde klinisch als durchschnittlich eingeschätzt. Die Aufmerksamkeit könne für die Dauer des Untersuchungsgeprächs von 90 Minuten durchgehend aufrechterhalten werden; die Kon-

zentration sei durchgehend ungestört (AB 74.1/10 Ziff. 4.1 ff.). Die Beschwerdeführerin leide seit der Jugendzeit an Impulsivität, überhöhtem Gerechtigkeitsgefühl mit Tendenz zur Opposition, Hypermotorik, Gefühl des Fremd- und Andersseins, sie habe oft Schwierigkeiten und Umtriebe verursacht. Es sei ihr gelungen, trotz vieler Konflikte das ... zu beenden. Sie habe in 23 Jahren 13 verschiedene Arbeitsstellen gehabt, teilweise mehrere gleichzeitig. Wegen ihrer Probleme mit der Konzentration, beim Multitasking und bei der Durchhaltefähigkeit sei sie immer wieder an den geforderten Leistungen gescheitert und in Depressionen verfallen (AB 74.1/13 f. Ziff. 6.1). Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit seien leichtgradig und die Durchhaltefähigkeit leicht- bis mittelgradig beeinträchtigt (vgl. auch Mini-ICF gemäss AB 74.1/11 f. Ziff. 4.3). Die psychosozialen Belastungen (Arbeitslosigkeit) seien invaliditätsfremde Faktoren, welche per se nicht zu Krankheit und Arbeitsunfähigkeit führten (AB 74.1/14 f. Ziff. 6.3). Die bisherige psychiatrische Therapie könne optimiert werden, insbesondere sei eine serumspiegelgesteuerte psychopharmakologische Therapie der ADHS und der Stimmungsschwankungen erfolgversprechend und medizinisch zumutbar (AB 74.1/15 Ziff. 6.4). Eine leidensangepasste Tätigkeit (mit überschaubaren Arbeiten ohne grosse Entscheidungskompetenz mit konstanten Arbeitsabläufen, ohne Multitasking, möglichst eigenem Aufgabenbereich, konstanten Arbeitszeiten, ohne Nacharbeit, ohne Zeitdruck, mit der Möglichkeit zusätzlicher betriebsunüblicher Pausen, mit der Möglichkeit zu Anleitung, Beaufsichtigung und Rückmeldung durch den Arbeitgeber, mit konstanter sozialer Umgebung, ohne konflikträchtige soziale Interaktionen, wohlwollendem auf sie eingehenden Umfeld, mit flexiblem Leistungspensum, ohne Verantwortung für Menschen und Maschinen) sei zu 100 % zumutbar (AB 74.1/18 f. Ziff. 7.2).

3.1.8 Der behandelnde Psychiater Dr. med. I. _____ nahm mit Bericht vom 7. November 2017 zum psychiatrischen Gutachten (AB 74.1; vgl. E. 3.1.7 hiervor) dahingehend Stellung, dass die innere Unruhe als Kardinalsymptom seit jeher und nicht erst aktuell wegen Zukunftssorgen bestanden habe. Entgegen den gutachterlichen Feststellungen im Rahmen des Mini-ICF (vgl. AB 74.1/11 ff. Ziff. 4.3) liege sowohl in Bezug auf die Anpassung an Regeln und Routinen als auch in Bezug auf die Fähigkeit zur Pla-

nung und Strukturierung von Aufgaben aus psychiatrischer und ergotherapeutischer Evaluation eine mittelgradige (deutliche) Beeinträchtigung vor. Ebenso sei die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten aus ergotherapeutischer Sicht leicht beeinträchtigt. Die im Gutachten angeführte serumspiegelgesteuerte Pharmakotherapie des ADHS werde durch keine Studie belegt, in keiner wissenschaftlichen Publikation empfohlen und in keiner Therapierichtlinie aufgeführt. Sie sei nicht zielführend und nutzbringend, da für die Aufdosierung und Langzeittherapie überhaupt keine dosisbezogenen Therapiefenster existierten (AB 84).

3.1.9 In Nachachtung der instruktionsrichterlichen Aufforderung zur Mitteilung der Therapiemassnahmen und deren Optimierung (vgl. prozessleitende Verfügungen vom 14. November und 19. Dezember 2018) reichte die Beschwerdeführerin am 28. Dezember 2018 eine Stellungnahme des Spitals E. _____ vom 21. Dezember 2018 (in den Gerichtsakten) ein, wonach sie sich auch nach der Begutachtung durch Dr. med. D. _____ (vgl. E. 3.1.7 hiervor) durchgehend in ambulanter psychiatrischer Behandlung befunden habe, die insgesamt als sozialpsychiatrische multimodale Behandlung mit regelmässigen (nahezu wöchentlichen) ärztlichen Gesprächen, sozialdienstlicher Begleitung und ergotherapeutischer Behandlung zu bezeichnen sei. Der stellvertretende Chefarzt des Spitals E. _____, Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte weiter aus, der Gutachter bleibe hinsichtlich der Behandlungsempfehlung sehr vage und oberflächlich, obschon Dr. med. I. _____ im Bericht vom 14. Dezember 2016 (AB 53; vgl. E. 3.1.5 hiervor) die Einnahme von Elvanse 30 mg und das bislang ungenügende Ansprechen auf jedwede medikamentöse ADHS-Therapie bei jeweils ausreichender Dosierung erwähnt habe. Insgesamt sei bei der Beschwerdeführerin gegebenenfalls von einem sog. Non-Responder-Status hinsichtlich der Medikation auszugehen. Es entstehe einerseits der Eindruck, dass durch den Gutachter eine unzureichende Auseinandersetzung mit der Aktenlage erfolgt sei und ihm andererseits die Modalitäten einer medikamentösen ADHS-Behandlung nicht vollumfänglich bekannt seien. Was der Gutachter schliesslich mit der Behandlung der Stimmungsschwankungen meine, erschliesse sich ebenfalls nicht; die Zumutbarkeit einer solchen (experimen-

tellen) Behandlung sei bei einer derart unklaren Situation als zumindest fraglich zu bezeichnen.

3.1.10 Mit Stellungnahme vom 7. Januar 2019 (in den Gerichtsakten) wies Dr. med. I. _____ darauf hin, dass in den Behandlungsberichten (act. III E) bis Anfang November 2016 als Nebendiagnose eine Störung durch Cannabinoide, gegenwärtig episodischer Gebrauch, aufgeführt worden sei; da die Beschwerdeführerin im Herbst vom episodischen Gebrauch von Cannabinoiden wieder Abstand genommen habe, sei gegen Ende 2016 diese Nebendiagnose fallen gelassen worden. Solcher Substanzgebrauch sei seit der Adoleszenz von der Beschwerdeführerin temporär immer wieder gepflegt worden, vor allem in Perioden sozialer Überforderung und anschliessender psychischer Dekompression; solche verzweifelten Versuche der Eigentherapie seien für ADHS-Betroffene charakteristisch. Dieser Substanzgebrauch als solcher habe keinerlei Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; die Arbeitsfähigkeit sei vorrangig durch die Auswirkungen der psychischen Grunderkrankung beeinträchtigt worden.

3.1.11 Im psychiatrischen Gerichtsgutachten vom 27. April 2020 (in den Gerichtsakten) diagnostizierte Dr. med. F. _____ einzig eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS; ICD-10 F90.0), indessen keine anderweitigen primär psychischen Störungen gemäss ICD-10 (S. 20 Ziff. 5). Er könne als Gutachter die übereinstimmend durch die Behandler wie auch die Vorgutachter gestellte Diagnose des Vorliegens einer ADS/ADHS nachvollziehen. Die Beschwerdeführerin erleide diese primär psychische Störung seit dem Kindes-/Jugendalter und habe dadurch in verschiedenen Lebensbereichen Einbussen zu erleiden. Die vorliegenden Unterlagen gäben Kunde davon, wie sich über die Jahre die Beschwerden gestalteten, mit unterschiedlicher Gewichtung und Interpretation durch die Behandler sei gleichwohl stets die Symptomatik einer ADHS wiedergegeben worden. Er sei hierbei der Meinung, dass das typische Vorliegen einer ADHS unterschiedlich vielfältige Beschwerden und unterschiedlich vielfältige Symptomatik bedinge. Es gehe dabei nicht nur um die Minderung der Aufmerksamkeit und Konzentration oder das veränderte Fokussieren/bei der Sache bleiben können sowie Sprunghaftigkeit, viele Ideen und Aktivitäten zu haben, was als hyperkinetisch bezeichnet werden könne, son-

dern es gehe vor allem auch um soziale Interaktionen, Konflikte, Beziehungsinstabilität, Stimmungsschwankungen, emotionale Instabilität mit Depressivität, Ängstlichkeit mit Angstsymptomatik, schliesslich Verkennen von Realität und Zusammenhängen. Die Beschwerdeführerin werde somit als an einer ADHS erkrankt verstanden, weshalb die anderen Diagnosen, die aus den vorliegenden Unterlagen auftauchten, nicht nachvollzogen werden könnten. Insbesondere gelte dies für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung als Ausdruck einer eigenständigen affektiven Erkrankung, für die Diagnose einer zusätzlichen Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert und für eine Abhängigkeitsstörung von psychotropen Substanzen. Letzterer Aspekt finde sich im Sinne des Konsumverhaltens psychotroper Substanzen als gleichsam typisches Verhaltensmuster bei Betroffenen einer ADHS, hier auch den beruhigenden oder ausgleichenden Effekt der psychotropen Substanzen statt entsprechender Psychopharmaka einsetzend. Der von Dr. med. D. _____ (AB 74.1/13 Ziff. 5; vgl. E. 3.1.7 hiervor) erwähnte Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung stelle lediglich einen Verdacht dar, der hier im Hinblick auf die Persönlichkeitsakzentuierung der ADHS zwangslos subsumiert werden könne, und die rezidivierende depressive Störung sei nach der Untersuchung durch Dr. med. D. _____ als damals remittiert eingestuft worden und sei damit als Teil der Stimmungsinstabilität und der Depressivität im Rahmen einer ADHS zu betrachten (S. 20 ff. Ziff. 6). Bei Menschen, die an einer ausgeprägten ADHS leiden, werde gerade durch die Vielfalt der Begleitsymptome und die Veränderbarkeit eine kontinuierliche Leistungsfähigkeit deutlich vermindert sein. Es könne dagegen keine Relevanz von invaliditätsfremden Faktoren gefunden werden; psychosoziale Belastungsfaktoren seien zwar als belastende und womöglich auch erneut anderweitige Beschwerden triggernde Faktoren zu beschreiben, jedoch seien sie eher als Folge des Gesundheitsschadens zu bewerten und sie spielten im Hinblick auf die zentrale Frage der Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit keine gewichtige Rolle. Ebenfalls seien Aggravation, selbstlimitierendes Verhalten oder inkonsistente motivationale Angaben explizit auszuschliessen. Wie bereits erwähnt lägen durch den Substanzkonsum keine akuten Einbussen und auch kein irreversibler Gesundheitsschaden vor (S. 22 ff. Ziff. 7.I). Die bisherige Therapie dürfe als *lege artis* bezeichnet werden. Grundsätzlich zeige die Dauer des therapeutischen

Kontakts über nunmehr Jahre, dass die Beschwerdeführerin eine sehr gute Compliance aufweise; die mangelnden Therapieerfolge ergäben sich aus unterschiedlich guten Therapieerfolgen und nicht stets gleichguter Effizienz der Behandlung. Im Hinblick auf Eingliederungsbemühungen und Selbsteingliederungsbemühungen sei ebenfalls von einer grossen Anstrengungsbereitschaft und Motivation der Beschwerdeführerin zu sprechen; die Probleme bei der Eingliederung seien durch das Störungsbild selbst vollumfänglich bedingt. Eingliederungsmassnahmen seien weiterhin möglich und zumutbar. Konkret wäre es der Beschwerdeführerin zumutbar, eine ... Tätigkeit, wie sie ihr entspricht und gefällt, etwa in der Beratung einer ..., beim ... oder bei einer ... zunächst in begrenzter Präsenzzeit und Leistung aufzunehmen und alsdann zu steigern. Im Verlaufe sollte sie dann – stets unter Voraussetzung der weitergeführten supportiven fachärztlichen Behandlung – eine Arbeitsfähigkeit von etwa 70 bis 80 % erreichen können (S. 25 ff. Ziff. 7.IV). Es liessen sich im Hinblick unterschiedlich geschilderter Symptome und verschiedener Verhaltensweisen keine Diskrepanzen beschreiben; abweichende Einschätzungen zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit seien dabei mehr der unterschiedlichen Interpretation und der Auslegung von Fähigkeiten und zumutbaren Leistungssteigerungen geschuldet als inkonsistenten oder diskrepanten Schilderungen der Beschwerden oder der Verhaltensweisen (S. 27 f. Ziff. 7.V). Die Arbeitsfähigkeit werde als grundsätzlich reduziert eingeschätzt. In einer leidensangepassten Tätigkeit mit einer abwechslungsreichen – dabei jedoch nicht an strengen Zeitvorgaben orientierten –, projektbezogenen aber wiederum nicht zu streng mit Auftraggebern oder Kundenkontakt einhergehenden Tätigkeit, möglichst mit Vertrauensarbeitszeit und gleichzeitiger supportiver Leistungskontrolle werde eine Arbeitsfähigkeit von 70 % erkannt. Der Umstand, dass sich der therapeutische Verlauf seit 2015 nicht übermässig erfolgreich gestalte, bedinge hier, warum in Abweichung zum psychiatrischen Gutachten des Dr. med. D._____ (AB 74.1/18 f. Ziff. 7.2; vgl. E. 3.1.7 hiervor) keine volle Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten gesehen werde (S. 28 f. Ziff. 7.VI).

3.1.12 Anders als der Gerichtsgutachter (vgl. E. 3.1.11 hiervor) sieht Dr. med. I._____ in der Stellungnahme vom 28. Mai 2020 (in den Gerichtsakten und BB 10) in der Langzeitevaluierung eine affektive Komorbi-

dität, insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, als grundlegend erfüllt an; diese werde im Gerichtsgutachten pauschal verneint, ohne dass ausreichend Bezug genommen werde, welche Kriterien nach internationaler Klassifikation dafür nicht erfüllt sein sollen und welcher Art gemäss Richtlinien die zweifelsohne mehrfachen depressiven Episoden in der Vergangenheit (2009, 2014, 2016/17 und ab Sommer 2019 [vgl. BB 8]) gewesen seien. Allein schon aus neuropsychologischer Sicht sei damals eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % abgeleitet worden (AB 72.1/22 Ziff. VI; vgl. E. 3.1.6 hiervor), welcher die Einschränkungen durch die Grunderkrankung und die Komorbidität hinzuzurechnen seien (vgl. auch BB 9). In der Gesamtbeurteilung sei damals für eine Tätigkeit zudem ein Profil mit derart vielen tiefgreifenden Einschränkungen erstellt worden, dass auf dieser Grundlage auf dem ersten Arbeitsmarkt nahezu keine Stelle existiere, die diesen Kriterien gerecht werden würde.

3.1.13 Mit Stellungnahme vom 26. August 2020 (in den Gerichtsakten) bestätigte Dr. med. F._____ die von ihm bereits im Gerichtsgutachten (vgl. E. 3.1.11 hiervor) attestierte deutliche Minderung der (normalen) Arbeitsfähigkeit für irgendwie geartete ... Tätigkeiten und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von zumindest 70 % für leidensangepasste Tätigkeiten in der ... einer ..., im ... und in einer Auch bei einer noch so angepassten Tätigkeit werde es im Längsschnitt zu Leistungsminderungen kommen, welche eben gerade die 30%ige Leistungsminderung ausmache (warum in Abweichung zum Gutachten von Dr. med. D._____ [AB 74.1; vgl. E. 3.1.7 hiervor] keine volle Arbeitsfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit gesehen werde). Zudem wies Dr. med. F._____ darauf hin, dass eine formale Zweiteilung von Einschätzungen der Neuropsychologie und der Psychiatrie hier nicht sinnvoll sei, handle es sich doch bei der Diagnosestellung einer ADHS um eine rein psychiatrische Diagnose, wobei die Neuropsychologie hier als Hilfswissenschaft dienen könne; so sei eindeutig die 20%ige Minderung der Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht innerhalb der psychiatrischen Einschätzung mit 30%iger Minderung subsumiert und dieser nicht additiv hinzuzufügen.

3.1.14 Mit Stellungnahme vom 14. Oktober 2020 (in den Gerichtsakten) wies Dr. med. I._____ sinngemäss darauf hin, die gutachterlich attes-

tierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % weiche doch erheblich von der effektiv attestierten Arbeitsunfähigkeit von bis zu 100 % ab. Bei der Beschwerdeführerin habe es lange Zeit von psychiatrischer Seite wechselnde Diagnosenstellungen gegeben, was ein bezeichnendes Licht darauf werfe, wie verlässlich oder unzuverlässig in manchen Fällen die verabsolutierte rein psychiatrische Einschätzung sein könne; um eine grundlegende Beeinträchtigung als Basiswert bestimmen zu können, sei in vielen Fällen der neuropsychologische Befund die absolute Kenngrösse.

3.2 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach konstanter Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe gerade darin besteht, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist, von unzutreffenden Sachverhaltshypothesen ausgeht (BGE 119 V 335 E. 4c S. 346; SVR 2018 UV Nr. 26 S. 92 E. 4.1) oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann zudem gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b aa S. 352; SVR 2014 UV Nr. 32 S. 107 E. 3.2).

3.3 Zur Klärung der gemäss Bundesgericht offenen Fragen (vgl. BGer 8C_450/2018, E. 6) waren weitere Akten und zur umfassenden medizinischen Beurteilung daraufhin ein Gerichtsgutachten einzuholen. Das Gerichtsgutachten vom 27. April 2020 (vgl. E. 3.1.11 hiavor) erfüllt die beweisrechtlichen Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Es beruht auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen sowie eigenen fachärztlichen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie der vollständigen echtzeitlichen Behandlungsunterlagen und der Personalakten der bisheri-

gen Arbeitgeber erstellt. Der Gutachter hat die Befundlage sorgfältig erhoben, die gestellte Diagnose und die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit einlässlich begründet. Das Gerichtsgutachten überzeugt und es ist darauf abzustellen. Zwingende Gründe für die Abweichung von der Einschätzung des gerichtlich bestellten medizinischen Experten (vgl. E. 3.2 hiervor) bestehen nicht (vgl. sogleich):

3.3.1 Einleitend bleibt festzuhalten, dass sich aus den vorliegenden Unterlagen (samt den vom Hausarzt Dr. med. G. _____ am 19. Januar 2019 eingegangenen Unterlagen [act. III F]) keine Anhaltspunkte für ein somatisches Leiden ergeben, welches mit Bezug auf die angestammte oder eine angepasste Tätigkeit iv-relevant wäre (vgl. auch E. 3.1.1 hiervor).

3.3.2 Die Beschwerdeführerin stellte das Gerichtsgutachten bzw. die Herleitung der Schlussfolgerungen zunächst mit Stellungnahme vom 18. Juni 2020 in erster Linie deshalb in Frage, weil Dr. med. F. _____ nebst der von ihm anerkannten ADHS das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung pauschal und ohne weitere Erklärung – wider der medizinischen Aktenlage – verneint habe, obschon diese Diagnose in der Vergangenheit – auch vom Vorgutachter Dr. med. D. _____ (zwar im damaligen Zeitpunkt als remittiert; AB 74.1/13 Ziff. 5; vgl. E. 3.1.7 hiervor) und insbesondere von Dr. med. I. _____ (nebst AB 53/2 Ziff. 4 [vgl. E. 3.1.5 hiervor] insbesondere in dessen Stellungnahme vom 28. Mai 2020 [in den Gerichtsakten und BB 10; vgl. E. 3.1.12 hiervor]) – mehrfach gestellt worden sei. Tatsächlich aber hat Dr. med. F. _____ entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin im Gerichtsgutachten mit nachvollziehbarer Begründung dargelegt, weshalb er keine anderweitigen psychischen Störungen gemäss ICD-10 zu diagnostizieren vermochte (S. 20 f.): Trotz unterschiedlicher Gewichtung und Interpretation durch die Behandler sei gleichwohl stets die Symptomatik einer ADHS wiedergegeben worden. Er (der Gutachter) sei hierbei der Meinung, dass das typische Vorliegen einer ADHS unterschiedlich vielfältige Beschwerden und unterschiedlich vielfältige Symptomatik bedinge. Es gehe dabei nicht nur um die Minderung der Aufmerksamkeit und Konzentration oder das veränderte Fokussieren/bei der Sache bleiben können sowie Sprunghaftigkeit, viele Ideen und Aktivitäten zu haben, was als hyperkinetisch bezeichnet werden könne, son-

dem es gehe vor allem auch um soziale Interaktionen, Konflikte, Beziehungsinstabilität, Stimmungsschwankungen, emotionale Instabilität mit Depressivität, Ängstlichkeit mit Angstsymptomatik, schliesslich Verkennen von Realität und Zusammenhängen. Es fänden sich bei Betroffenen dieses Krankheitsbildes häufig Auflistungen von Diagnosestellungen, die im Regelfall neben der ADHS (ICD-10 F90) die affektive Störung – entweder eine rezidivierende depressive Störung aus dem Kapitel F33 oder eine bipolare affektive Störung aus dem Kapitel F31 –, die Angststörung aus dem Kapitel F4, die emotionale Persönlichkeitsstörung aus dem Kapitel F6 und die Abhängigkeitsstörung aus dem Kapitel F1 enthalten könnten. Er gehe jedoch davon aus, dass es den Betroffenen einer ADHS in ihrem Leiden nicht gerecht werde, eine Vielzahl von Komorbiditäten aufzulisten, sondern es wichtig sei, für Verständnis und auch Behandlungsmöglichkeiten im Sinne einer störungsspezifischen Betrachtung die Hauptdiagnose bzw. die Krankheitsentität zu benennen. Entsprechend sei die rezidivierende depressive Störung, damals nach der Untersuchung durch Dr. med. D._____ als remittiert befunden, als Teil der Stimmungsinstabilität und der Depressivität im Rahmen einer ADHS zu betrachten. Dem eben Ausgeführten zufolge befanden weder Dr. med. D._____ noch Dr. med. F._____, obschon sie sich eingehend damit auseinandergesetzt haben, die rezidivierende depressive Störung als persistierend bzw. verselbstständig, was überzeugt. Die exakte diagnostische Einordnung verliert ohnehin schon deshalb an Relevanz, weil sich die Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit nicht bereits aufgrund der gestellten Diagnosen ableiten lässt, sondern vielmehr massgebend ist, wie sich die Beeinträchtigungen aus objektiver fachmedizinischer Sicht auf das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin auswirken (vgl. Entscheid des BGer vom 28. Juni 2018, 9C_273/2018, E. 4.2).

3.3.3 Weiter rügt die Beschwerdeführerin mit Stellungnahme vom 18. Juni 2020 eine ungenügende Evaluation der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. F._____, da er das Resultat der neuropsychologischen Abklärung nicht (interdisziplinär) einbezogen habe. Es ist grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen. Eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begrün-

deter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 20. November 2017, 9C_566/2017, E. 2.1, und vom 21. Februar 2017, 9C_338/2016, E. 5.4; je mit Hinweis auf Ziff. 4.3.2.2 der Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] 2016). Dem entsprechend und entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin hat Dr. med. F._____ die von lic. phil C._____ erhobenen neuropsychologischen Befunde (AB 72.1; vgl. E. 3.1.6 hiervor) sehr wohl berücksichtigt, nämlich aus diagnostischer Sicht (Gerichtsgutachten, S. 21) sowie bezüglich des funktionellen Leistungsvermögens (Gerichtsgutachten, S. 28), zumal er entsprechend seinem gutachterlichen Auftrag insbesondere auch die im Vorgutachten des lic. phil. C._____ erhobenen Befunde aufgrund seiner Exploration aus psychiatrisch-fachmedizinischer Sicht zu würdigen hatte. Mit Stellungnahme vom 26. August 2020 (in den Gerichtsakten; vgl. E. 3.1.13 hiervor) präzisierte er alsdann offenkundig, dass die 20%ige Minderung der Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht (gemäss lic. phil. C._____) innerhalb der von ihm vorgenommenen Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % subsumiert und dieser nicht (wie von Dr. med. I._____ suggeriert; vgl. E-Mail vom 12. Juni 2020 [in den Gerichtsakten]) hinzuzufügen sei.

3.3.4 Soweit die Beschwerdeführerin nunmehr in ihren Schlussbemerkungen vom 22. Oktober 2020 generell vorbringt, der Gerichtsgutachter setze sich nicht mit der Beurteilung des Vorgutachters Dr. med. D._____ (AB 74.1; vgl. E. 3.1.7 hiervor) auseinander, kann auch dem nicht gefolgt werden. So legt Dr. med. F._____ im Gerichtsgutachten, S. 21, mit nachvollziehbarer Begründung dar, dass er die vom Vorgutachter geäusserte Verdachtsdiagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nicht teilt, weil er die entsprechenden Persönlichkeitszüge unter die von den Gutachtern unbestritten gestellte Diagnose der ADHS subsumiert. Auf S. 22 (vgl. auch S. 27 f.) hält er sodann in allgemeiner Hinsicht fest, dass sich im Unterschied zur diagnostischen Einschätzung mit Bezug auf die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit kein Konsens mit den Vorgutachtern ausmachen lasse, wobei die unterschiedlichen Einschätzungen auf unterschiedliche Interpretationen oder unterschiedliche Verwendungen der Termini abgebildet werden könnten. Die Einschätzung

der Arbeitsfähigkeit beruht zwangsläufig auf Ermessenszügen und Dr. med. F. _____ hat im Gerichtsgutachten, S. 21, zudem überzeugend dargelegt, dass die Symptome und Auswirkungen einer ADHS nicht in einzelne Diagnosen aufzusplitten und zu würdigen, sondern im Rahmen einer gesamtheitlichen Betrachtung zu beurteilen sind, womit auch kein Anlass für eine Addition der aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht attestierten Einschränkungen besteht (vgl. dazu bereits E. 3.3.3 hiervor). Zudem begründet Dr. med. F. _____ im Gerichtsgutachten, S. 29, dass er – entgegen der Meinung des Vorgutachters (vgl. AB 74.1/16) – es aufgrund des von ihm dargelegten Beurteilungsverständnisses einer ADHS für nicht realistisch hält, dass die Beschwerdeführerin mit Bezug auf eine leidensangepasste Tätigkeit je eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erlangen wird, was sich zu Gunsten der Beschwerdeführerin auswirkt und auch überzeugt. Diesbezüglich weicht denn auch seine Einschätzung nicht derart von derjenigen des Dr. med. D. _____ ab, wie in den Schlussbemerkungen der Beschwerdeführerin vom 22. Oktober 2020, S. 1 Ziff. 1, und von Dr. med. I. _____ in der Stellungnahme vom 14. Oktober 2020 (vgl. E. 3.1.14 hiervor) suggeriert wird: Nach Ansicht von Dr. med. D. _____ gilt nämlich die von ihm attestierte volle Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit erst ab Dezember 2016 (dies bei einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit), nachdem er die Beschwerdeführerin zuvor (ab Juni 2014) zunächst noch zwischen 0 % und 50 % (bisherige Tätigkeit) bzw. 70 % (angepasste Tätigkeit) arbeitsfähig befunden hatte (AB 74.1/18 Ziff. 7.1 f.). Auch Dr. med. F. _____ geht in der Stellungnahme vom 26. August 2020, S. 1 unten, in Bezug auf die bisherige Tätigkeit von krankheitsbedingten Minderungen in der Arbeitsfähigkeit zwischen Juni 2014 und Dezember 2016 aus, wobei andauernd eine vergleichbar deutliche Minderung vorliege. Während also Dr. med. D. _____ für den vorliegend relevanten Zeitraum der gerichtlichen Beurteilung von Juni 2015 (Ablauf Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist nach Art. 29 Abs. 1 IVG seit Einreichung der Anmeldung im Dezember 2014 [AB 2]) in einer leidensangepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % (März 2015 bis November 2016) bzw. 100 % (ab Dezember 2016; AB 74.1/18 Ziff. 7.2) ausging, geht Dr. med. F. _____ (im Längsschnitt) von einer solchen von mindestens

70 % aus (Stellungnahme vom 26. August 2020, S. 2 oben [in den Gerichtsakten]).

3.3.5 Auch die von der Beschwerdeführerin in den Schlussbemerkungen vom 22. Oktober 2020, S. 1 f. Ziff. 2, vorgebrachte Kritik am Zumutbarkeitsprofil ist unberechtigt: Gemäss der im Gerichtsgutachten auf S. 29 enthaltenen Umschreibung sollte eine angepasste Tätigkeit einerseits Freiräume (nicht an strenge Zeitvorgaben orientierte projektbezogene Tätigkeiten mit möglichst freier Einteilung der Arbeitszeit [Vertrauensarbeitszeit]) beinhalten und andererseits sollte die Leistungskontrolle begleitend und supportiv erfolgen. Mit solchen Freiräumen steht die Beschwerdeführerin nicht unter Handlungs- und Leistungsdruck, womit den aus neuropsychologischer Sicht beschriebenen Einschränkungen vollumfänglich Rechnung getragen wird. An gleicher Stelle hält der Gerichtsgutachter denn auch fest, dass es sich bei der Tätigkeit als ... nicht um eine angepasste Tätigkeit handelt. Dabei ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin die weiterführende Ausbildung zur ... nicht absolviert hat und ihr entsprechende Tätigkeiten gar nicht offenstehen. Als zumutbar erachtet Dr. med. F._____ demgegenüber ... Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführerin entsprechen und gefallen, etwa in der Beratung einer ..., im ... (innerhalb der eigentlichen Fachverantwortung) oder in einer Auch die aktuell ausgeübte Tätigkeit bei K._____ (derzeit in einem Pensum zu 30 % im Homeoffice), die die Beschwerdeführerin gerne weiterführen würde, wird von Dr. med. F._____ als leidensangepasst angesehen, wobei die Beschwerdeführerin hierbei im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen – stets unter der Voraussetzung der weitergeführten supportiven fachärztlich-psychiatrischen Behandlung – eine Arbeitsfähigkeit von etwa 70 bis 80 % erreichen könnte (Gerichtsgutachten, S. 27). Eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie sie die Beschwerdeführerin geltend macht (vgl. Schlussbemerkungen vom 22. Oktober 2020, S. 2 Ziff. 3, mit-samt Berichtigung vom 26. Oktober 2020), ist durch ihre Selbsteinschätzung begründet und medizinisch-theoretisch nicht nachvollziehbar. Schon lic. phil. C._____ wies im neuropsychologischen Gutachten vom 20. Juli 2017 darauf hin, dass prinzipiell rein aufgrund der ADHS und der damit assoziierten Funktionsbeeinträchtigungen mit qualitativen Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit im Ausmass von höchstens 30 % zu rechnen ge-

wesen sei und dass die Beurteilung im Rahmen des Belastbarkeits- und Aufbautrainings bzw. des anschliessenden Arbeitsversuchs, wonach die Leistungsfähigkeit als Praktikantin lediglich 35 % betragen habe (vgl. AB 46/5 Ziff. 5), deutlich zu tief beurteilt scheine und auch auf mangelnde Berufserfahrung und mangelnde berufliche Qualifikationen in diesem Bereich zurückzuführen gewesen sei (AB 72.1/22 Ziff. VI; vgl. E. 3.1.6 hiervor). Auch die vom RAD-Arzt Dr. med. H._____ am 3. November 2016 gemachte Aussage, wonach nur eine Anstellung quasi unter den Bedingungen des zweiten Arbeitsmarktes realistisch sei (AB 49/4 unten; vgl. E. 3.1.4 hiervor), stützte sich weitgehend auf anamnestisch erhobene Angaben (der Beschwerdeführerin gegenüber ihren Behandlern), zumal in diesem Zeitpunkt die allesamt eine doch weitgehende Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestierenden Gutachten noch nicht vorlagen.

3.3.6 Die Divergenz zur Beurteilung des Dr. med. I._____ (vgl. E. 3.1.12 und 3.1.14 hiervor; vgl. dazu Schlussbemerkungen vom 22. Oktober 2020, S. 2 f. Ziff. 4) liegt darin begründet, dass dieser – fälschlicherweise (vgl. E. 3.3.3 f. hiervor) – von einer additiven Berücksichtigung der aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeiten ausgeht. Der Gerichtsgutachter hat sich aufgrund der gerichtlich edierten Personalakten ein gesamtheitliches Bild über die Auswirkungen der ADHS in den bisherigen beruflichen Tätigkeiten der Beschwerdeführerin machen können und gestützt darauf ein Zumutbarkeitsprofil umschrieben. Dieses Zumutbarkeitsprofil und nicht die bislang durchgeführte Behandlung bildet die Grundlage der von ihm attestierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Nach Vervollständigung der Akten erweist sich die in BGer 8C_450/2018, E. 4.1 und 5.2, zitierte Schlussfolgerung des Gutachters Dr. med. D._____, die Beschwerdeführerin habe in 23 Jahren 13 verschiedene Stellen besetzt, wobei das Scheitern der diversen temporären Beschäftigungen durch das psychische Störungsbild begründet gewesen sei (vgl. AB 74.1/14 oben), als nicht zutreffend. Ihm wie später auch dem hiesigen Gericht und schliesslich dem Bundesgericht lagen noch nicht alle Akten vor. Schliesslich kann deshalb auch der Einschätzung des Dr. med. D._____, wonach die Tätigkeit bei der L._____ selbst nach Wegfall

der Führungsfunktionen bloss zu 60 % zumutbar (gewesen) sei (vgl. AB 74.1/18 Ziff. 7.1), nicht gefolgt werden. Es handelte sich hierbei explizit um eine Tätigkeit, die nach überzeugender Ansicht von Dr. med. F. _____ – soweit nicht ein zu enger Kontakt mit Auftraggebern und Kunden vorausgesetzt wird (Gerichtsgutachten, S. 29) – als leidensangepasst (abwechslungsreiche, nicht an strenge Zeitvorgaben orientierte, projektbezogene Tätigkeit möglichst mit Vertrauensarbeitszeit und gleichzeitiger supportiver Leistungskontrolle) zu verstehen ist (Stellungnahme des Gerichtsgutachters vom 26. August 2020, S. 2 oben).

3.4 Nach dem Dargelegten besteht gestützt auf das beweiskräftige (vgl. E. 3.3. hiervor) Gerichtsgutachten für angepasste (nicht an strenge Zeitvorgaben orientierte projektbezogene) Tätigkeiten (möglichst mit Vertrauensarbeitszeit und gleichzeitiger supportiver Leistungskontrolle) mindestens ab dem Beginn des gerichtlichen Beurteilungszeitraums (Juni 2015; vgl. E. 3.3.4 hiervor) eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Längsschnitt von maximal 30 % (Gerichtsgutachten, S. 29, und Stellungnahme des Gerichtsgutachters vom 26. August 2020, S. 2). Ob diese (psychiatrisch begründete) Einschränkung auch aus rechtlicher Sicht zu berücksichtigen ist (vgl. BGE 143 V 418, 141 V 281), braucht nicht näher geprüft zu werden. Denn im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns erreicht die Arbeitsunfähigkeit, wie nachfolgend aufzuzeigen ist, bereits aus medizinischer Sicht das zur Begründung eines Anspruchs auf die hier zur Diskussion stehende Rente notwendige Ausmass nicht.

4.

Gestützt auf das eben formulierte Zumutbarkeitsprofil ist im Folgenden der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

4.1

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten,

nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.1.3 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222). Unter Berücksichtigung der Anmeldung im Dezember 2014 (AB 2), der ab dem 26. Juni 2014 attestierten Arbeitsunfähigkeit (vgl. AB 5.2) sowie dem Umstand, dass der Beschwerdeführerin aufgrund des Belastbarkeits- und Auf-

bautrainings mit Coaching vom 3. August 2015 bis 17. Juli 2016 (AB 23, 34, 36 f.) und des Arbeitsversuchs mit Verlängerung des Coachings bis 16. Oktober 2016 (AB 41) Anspruch auf Taggelder der IV hatte, ist der frühest mögliche Rentenbeginn auf Oktober 2016 festzulegen (Art. 29 i.V.m. Art. 28 Abs. 1 und Art. 22 IVG). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

4.2

4.2.1 Es ist nach überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall immer noch bei ihrer damaligen (zur Zeit der IV-Anmeldung) Arbeitgeberin als .../... angestellt wäre. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Valideneinkommens das dabei erzielte Einkommen zugrunde gelegt, was von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht bestritten wird, zumal sie dabei zu marktüblichen Konditionen angestellt war. Hochgerechnet auf ein volles Pensum betrug ihr Lohn im Jahr 2014 Fr. 112'653.35 (Fr. 6'065.95 [AB 7/2 Ziff. 2.10] x 13 : 70 x 100). Aufindexiert auf das Jahr 2016 (vgl. E. 4.1.3 hiervor) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 113'617.10 (Fr. 112'653.35 : 105.2 x 106.1; BFS, Nominallohnindex Frauen 2011-2016 [T1.2.10], lit. ...).

4.2.2 Da die Beschwerdeführerin keine Verweisungstätigkeit im zumutbaren Rahmen von mindestens 70 % (vgl. E. 3.4 hiervor) aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2014 zu ermitteln (vgl. E. 4.1.2 hiervor) und auf das Jahr 2016 zu indexieren (vgl. E. 4.1.3 hiervor). Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass sie über einen ... als ... verfügt. Als solche hat sie denn sowohl in der ... als auch bei einer ... (L. _____) während Jahren in einem beruflichen Umfeld gearbeitet. Die nach Abschluss des Studiums innegehabten Arbeitsverhältnisse waren mehrheitlich befristet oder wurden von der Beschwerdeführerin aus nachvollziehbaren Gründen bei nahtlosem Übergang in ein anderes Arbeitsverhältnis gekündigt, wobei die ausgeübten Teilzeitbeschäftigungen dem Wunsch der Beschwerdeführerin entsprachen, daneben eine selbstständige Erwerbstätigkeit aufzubauen; einzig im Rahmen der Anstellung bei der L. _____ ist eine Anpassung des Arbeitsverhältnisses aufgrund des Störungsbildes im Sinne einer Änderungskündigung (Wegfall der Führungsfunktionen bei

gleichzeitig attestierter ... Fachkompetenz im Hauptaufgabenbereich der ... Abklärungen) erfolgt. Unter Berücksichtigung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils, welches denn auch den aus neuropsychologischer Sicht beschriebenen Einschränkungen vollumfänglich Rechnung trägt (vgl. E. 3.3.5 hiervor), und mit Blick auf ihre Berufsanamnese (mitsamt der aktuell ausgeübten Tätigkeit bei K. _____ [vgl. E. 3.3.5 hiervor]) verbleiben der Beschwerdeführerin nicht bloss Nischantätigkeiten; vielmehr stehen ihr (auch weiterhin) diverse – vor allem projekt- und sachgebietsbezogene – ... Tätigkeiten offen, wie sie Personen mit einem ... heute ausüben. Unter den gegebenen Umständen rechtfertigt es sich umso mehr, analog der Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabelle T17 (monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht; privater und öffentlicher Sektor [Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperschaften] zusammen) zu ermitteln, wenngleich nicht anhand der Berufshauptgruppe 1 (Führungskräfte), sondern anhand der Berufshauptgruppe 2 (akademische Berufe); eine Einordnung in eine tiefere Berufshauptgruppe, wie in BGer 8C_450/2018, E. 5.3, zur Diskussion gestellt, käme hingegen einer Negierung der klarerweise attestierten ... Fachkompetenz gleich. Statt (wie von der Beschwerdegegnerin; AB 87/1 unten) generell auf die Berufshauptgruppe 2 (Fr. 7'702.--; akademische Berufe) ist indessen auf den spezifischeren Wert der Berufsgruppe ... (Fr. 7'892.--; ...) abzustellen. Dabei handelt es sich um einen Mittelwert unter Berücksichtigung sämtlicher Kompetenzniveaus und Altersgruppen (zumal der dem Alter der Beschwerdeführerin entsprechende Zentralwert Fr. 8'001.-- betragen würde). Angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.5 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. ...), indexiert auf das Jahr 2016 sowie unter Berücksichtigung der medizinisch ausgewiesenen Leistungsminderung von maximal 30 % (vgl. E. 3.4 hiervor) resultiert ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 69'367.20 ($\text{Fr. 7'892.--} \times 12 : 40 \times 41.5 : 105.2 \times 106.1 \times 0.7$). Hiervon rechtfertigt sich aufgrund der vorliegend persönlichen und beruflichen Umstände kein Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiervor); ein solcher wird denn auch nicht geltend gemacht.

4.2.3 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von höchstens Fr. 44'249.90 und damit ein

Invaliditätsgrad von maximal 38 % (Fr. 34'340.30 : Fr. 113'617.10 x 100).
Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.2 hiervor).
Die gegen die Verfügung vom 8. Dezember 2017 (AB 87) erhobene Beschwerde ist 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.

Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren ist nach wie vor die Verfügung vom 8. Dezember 2017 (AB 87; vgl. E. 1.2 hiervor); seit deren Erlass ist von einem einzigen kantonalen Verfahren auszugehen. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdeführerin zu tragen. Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss (vgl. IV/2018/72) entnommen.

5.2 Die Kosten eines kantonalen Gerichtsgutachtens können der IV-Stelle nicht systematisch überbunden werden, sondern nur dann, wenn die Abklärungen der Verwaltung lückenhaft oder klar ungenügend waren und das Gerichtsgutachten dazu dienen soll, die Mängel des Verwaltungsverfahrens zu beheben. Es muss also ein Zusammenhang zwischen den Mängeln der administrativen Abklärungen und der Notwendigkeit der Anordnung eines Gerichtsgutachtens bestehen (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75, 139 V 496 E. 4.3 f. S. 501).

Hinsichtlich der im Rahmen der Anordnung des Gerichtsgutachtens angefallenen Kosten ist darauf hinzuweisen, dass die Abklärungen der Beschwerdegegnerin nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht rechtsgenügend waren und mehrere Fragen ungeklärt geblieben sind (vgl. BGer 8C_450/2018, E. 6). Damit besteht ein Zusammenhang zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Bei den Kosten des Gerichtsgutachtens (Fr. 7'530.-- + Fr. 200.--, d.h. total Fr. 7'730.-- [Rechnungen in den Ge-

richtsakten]) handelt es sich funktionell folglich um solche des Abklärungsverfahrens im Sinne von Art. 45 ATSG, welche auf die Verwaltung zu überwälzen sind. Diese Kosten werden deshalb der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.

5.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 7'730.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt und sind an die Gerichtskasse zu überweisen.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____, z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Schlussbemerkungen der Beschwerdeführerin vom 22. Oktober 2020 und entsprechender Berichtigung vom 26. Oktober 2020 inkl. Stellungnahme des Dr. med. I. _____ vom 14. Oktober 2020)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Zur Kenntnisnahme:

- Dr. med. F. _____

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.