

200 18 795 IV
SCP/ZID/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. April 2019

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. September 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), war in einem Vollpensum von April 2012 bis Januar 2014 als ... angestellt. Sie meldete sich im November 2013 unter Hinweis auf eine seit Juli 2013 bestehende Depression bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2, 9). Im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen wurde die Versicherte auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 44) psychiatrisch begutachtet (Expertise vom 31. Juli 2015 [AB 55.1] mitsamt Ergänzung vom 13. November 2016 [AB 81]). Mit Mitteilung vom 10. August 2015 verneinte die IVB gesundheitlich bedingt die Möglichkeit beruflicher Massnahmen (AB 58). Nachdem der behandelnde Psychotherapeut eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes infolge der chronischen Schmerzstörung und der rezidivierenden depressiven Störung geltend gemacht hatte (AB 87/3 Ziff. 1 ff.), wurde die Versicherte auf Empfehlung des RAD (AB 94/4, 96/2) bidisziplinär (rheumatologisch und psychiatrisch) begutachtet (Expertisen vom 23. Januar 2018 [AB 111.1 und 112.1]). Mit Vorbescheid vom 13. Juni 2018 stellte die IVB der Versicherten mit der Begründung, es liege kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne vor, die Verneinung eines Leistungsanspruchs in Aussicht (AB 114). Auf Einwand (AB 117) hin verfügte die IVB am 27. September 2018 wie angekündigt (AB 119).

B.

Hiergegen erhebt die Versicherte am 26. Oktober 2018 Beschwerde und beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr eine IV-Rente zuzusprechen, eventualiter sei die Sache zwecks Ergänzung der medizinischen Abklärungen und Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung bringt sie im Wesentlichen vor, die funktionellen Auswirkungen der

medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen würden sich sehr wohl als überwiegend wahrscheinlich erstellt erweisen.

Mit Verzicht auf eine ausführliche Beschwerdeantwort vom 12. Dezember 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin 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 27. 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 Gemäss ambulantem Bericht der Klinik B. _____ vom 15. August 2013 (AB 41/2 f.) wurde der Beschwerdeführerin am 9. Juli 2013 aufgrund einer psychischen Dekompensation, ausgelöst durch eine Situation am Arbeitsplatz, eine volle Arbeitsunfähigkeit für zehn Tage bescheinigt. Anschliessend habe sie, wie geplant, ihre Ferien im Heimatland antreten und sich mehr oder weniger erholen können. Nach Wiederaufnahme der Arbeit sei es wiederholt zu verbalen Eskalationen mit ihrer Vorgesetzten gekommen. Des Weiteren bestehe ein neuer psychosozialer Belastungsfaktor auf privater, interfamiliärer Ebene, indem ihr Sohn aufgrund einer nicht schuldhaft erfolgten Verwicklung in eine Schlägerei für drei Wochen inhaftiert worden sei. Die zunehmenden subsyndromal-therapeutischen Erlebnisse auf privater und beruflicher Ebene hätten in den letzten Wochen eine psychische Dekompensation ausgelöst, welche auf ambulantem Weg nicht mehr optimal therapiert werden könne.

3.1.2 Vom 19. August bis 14. September 2013 sowie vom 12. Dezember 2013 bis 1. Februar 2014 wurde die Beschwerdeführerin in der Klinik B._____ stationär abgeklärt und behandelt. In den Austrittsberichten vom 8. November 2013 (AB 24/2 ff.) und 13. Februar 2014 (AB 34/2 ff.) diagnostizierte Dr. med. C._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, eine mittelschwere depressive Episode mit Erschöpfung und chronische Unterleibs- und Rückenschmerzen bei psychosozialer Belastungssituation (kranker Sohn, belastende [stark kränkende] Situation am Arbeitsplatz mit drohender Kündigung; ausgeprägte Karzinophobie), eine chronische Blasenentleerungsstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, eine persistierende Hypovitaminose D, chronischer Kopfschmerz unklarer Ätiologie (seit Juni 2011) und ein Uterusmyom (AB 24/2, 34/2 f.). Die erste Hospitalisation im Sommer 2013 sei aufgrund einer mittelschweren depressiven Episode sowie der chronischen Schmerzstörung bei zudem psychosozialer Belastungssituation (familiär und am Arbeitsplatz) erfolgt. Hinsichtlich der damals durchgeführten Therapien habe die Beschwerdeführerin sehr profitieren können (AB 34/3 oben). Eine teilstationäre Behandlung im Anschluss sei von der Beschwerdeführerin abgelehnt worden (AB 24/3 Mitte); sie sei in regelmässiger ambulanter psychotherapeutischer sowie in regelmässiger physiotherapeutischer Behandlung gewesen. Die Situation habe sich wegen einer erneuten Schmerzexazerbation, der Untätigkeit zu Hause und erneuter depressiver Episode so sehr zugespitzt, dass die Indikation zur erneuten stationären Behandlung gestellt worden sei. Die Beschwerdeführerin habe selbstständig viele Symptome resp. deren erneute Zunahme im Zusammenhang mit der Erschöpfungsdepression verstehen können (AB 34/3 Mitte). Immer wieder habe sie aber auch ausgeprägte Krankheitsängste (Karzinophobie) geäussert. Es zeige sich, dass bei ihr eine bislang unveränderbare tiefe Kränkung (aufgrund von Mobbing am Arbeitsplatz sowie die vermeintlich grundlose Inhaftierung des mittleren Sohnes), eine ausgeprägte Angst (Erkrankung des ältesten Sohnes mit zweimaliger Operation eines Hirntumors) und eine ausgeprägte Wut bestanden hätten (AB 34/4 Mitte). Auffallend seien die gegensätzlichen Angaben der Beschwerdeführerin und des Arbeitgebers bezüglich der Mobbingsituation gewesen (AB 24/3 Mitte). Während den Therapien sei die sonst so im Vordergrund stehende Schmerzsymptomatik kein Thema mehr gewesen (AB 34/4 oben). Aufgrund der noch sehr labilen

Situation bestehe erst nach einer stationären Anschlussbehandlung in der Klinik G._____ die Möglichkeit der Fortführung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung (AB 34/4 unten).

3.1.3 Gemäss Berichten der Klinik D._____ vom 13. Januar (AB 34/10) und 11. Juli 2014 (AB 42/3) leidet die Beschwerdeführerin an einem grössenstabilen Uterus myomatosus, aktuell asymptomatisch, an einer psychosozialen Belastungssituation und einer grenzwertig kompensierten Blasenentleerung. Im Vordergrund stünde der psychische Zustand der Beschwerdeführerin.

3.1.4 Im Bericht der Klinik E._____ vom 27. Januar 2014 (AB 34/8 f.; vgl. auch AB 42/1 ff.) wurden eine Erschöpfungsdepression und chronische Unterleibs- und Rückenschmerzen bei psychosozialer Belastungssituation (kranker Sohn und drohende Kündigung am Arbeitsplatz, ausgeprägte Karzinophobie), eine grenzwertig kompensierte Blasenentleerung sowie ein grössenstationärer Uterus myomatosus diagnostiziert. Bei persistierenden Beschwerden nach Stabilisierung der psychischen Situation könne eine Umpositionierung des Neuromodulators diskutiert werden.

3.1.5 Der (damalige) Hausarzt Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, wies im undatierten, am 6. Februar 2014 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht darauf hin, dass die Beschwerdeführerin in allererster Linie psychosomatisch erkrankt sei aufgrund einer depressiven Entwicklung nach Mobbing am Arbeitsplatz; die Beschwerdeführerin sei in entsprechender psychiatrischer Beratung. Aus somatischen Gründen bestehe "direkt" keine Arbeitsunfähigkeit (AB 25/5).

3.1.6 Anlässlich der stationären Weiterbehandlung in der Klinik G._____ vom 11. Februar bis 8. März 2014 wurde eine mittelgradige depressive Episode vor dem Hintergrund einer somatoformen Störung bei psychosozialer und familiärer Belastungssituation (ICD-10 F32.1; F45.1, Z63.7) diagnostiziert (Austrittsbericht vom 20. März 2014; AB 42/6 Mitte). Eine zweijährige Mobbingsituation an der letzten Arbeitsstelle habe zu einem starken Erschöpfungszustand geführt und die körperlichen Beschwerden verstärkt. Als belastende Faktoren nenne sie neben ihrem schlechten Gesundheitszustand den angeschlagenen Gesundheitszustand eines Soh-

nes und eine Strafuntersuchung gegen einen anderen Sohn. Ziel der Hospitalisation sei es gewesen, Distanz von der schwierigen familiären Situation zu gewinnen, was in der letzten Zeit zu starken Stimmungsschwankungen mit Verstärkung der depressiven Symptomatik und der Schmerzproblematik geführt habe. Mit der vorgegebenen Tagesstrukturierung habe ein Aktivitätenaufbau erreicht werden können (AB 42/6 f.).

3.1.7 Vom 17. November 2014 bis 30. April 2015 war die Beschwerdeführerin in der Klinik B._____ teilstationär hospitalisiert. Dr. med. C._____ diagnostizierte im Austrittsbericht vom 29. Juli 2015 (AB 55.2) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, eine depressive Episode, mittelschwer bis schwer bei Eintritt, eine chronische Blasenentleerungsstörung bei Status nach Implantation eines Neurostimulators sowie chronische Unterleibs- und Rückenschmerzen (AB 55.2/1). Die Beschwerdeführerin habe im Verlauf der teilstationären Behandlung eine gewisse Stabilisierung erreichen können; es seien jedoch noch immer Krisensituationen aufgetreten, in welchen sowohl die physische als auch psychische Befindlichkeit stark beeinträchtigt gewesen seien. Bei vorliegendem chronischem Leiden mit Komorbidität Depression und chronischer Schmerzstörung sei von einem längerdauernden Genesungsprozess auszugehen, der durch adäquate Therapie positiv beeinflusst werden könne. Eine Fortführung dieser Therapie sei für die Prognose wichtig, da vor allem die depressive Symptomatik die Beschwerdeführerin immer wieder am Verrichten der Alltagsaktivitäten stark einschränke (AB 55.2/2).

3.1.8 Im psychiatrischen Gutachten vom 31. Juli 2015 diagnostizierte Dr. med. H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3), eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1), Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56), sonstige Probleme in der primären Bezugsgruppe, einschliesslich familiäre Umstände (ICD-10 Z63), sowie in der Familienanamnese Hinweise auf bestimmte Behinderungen und chronische, behindernde Krankheiten (Hirntumorerkrankung des Sohnes bereits in dessen Kindheit, Rezidiv im Erwachsenenalter; ICD-10 Z82; AB 55.1/14 Ziff. 5). Aktuell sei

ihr Tagesablauf durch den Besuch der Tagesklinik bestimmt. Sie stehe zwischen 06.00 und 07.00 Uhr auf, erledige die Morgentoilette, trinke Kaffee und gehe dreimal wöchentlich in die Tagesklinik. Sie fahre selbstständig mit dem Auto hin. Wenn die Familie weg sei, gehe sie ein wenig raus, ca. zehn Minuten, wenn sie nicht in die Tagesklinik gehe. Danach höre sie Achtsamkeits- oder Entspannungs-CDs. Danach ... sie ca. eine halbe Stunde. Das Mittagessen koche die Schwiegertochter. Wenn sie sich besser fühle, gehe sie mit dieser und dem Enkelkind spazieren. Sie versuche, aktiv zu sein. Gegen Abend beschäftige sie sich mit dem Enkelkind. Nach dem Abendessen bleibe sie im Kreis der Familie und gehe früh schlafen (AB 55.1/9 oben). Nach Ansicht der Gutachterin beschreibe die Beschwerdeführerin glaubhaft, dass sie erschöpft und müde sei, sich freud- und interessenlos sowie antriebslos fühle und in bedrückter Stimmung sei, sich sozial zurückziehe, wenig Appetit habe, schlecht schlafe, oft belastende Träume habe, sich wertlos, schuldig und unsicher fühle. Erstmals sei im September 2013 eine mittelschwere depressive Episode diagnostiziert worden und es sei nie zu einer vollständigen Besserung gekommen, sodass von einer anhaltenden Depression ausgegangen werden könne. Ausgelöst worden sei die depressive Symptomatik durch eine längerdauernde Konfliktsituation am Arbeitsplatz (AB 55.1/16 f.). Die schwere chronische Schmerzsymptomatik sei mit rein organischen Beschwerden alleine nicht zu erklären. Die multiplen chronischen Schmerzzustände bestünden seit Jahren und seien stets von einer affektiven Störung im Sinne einer Depression begleitet worden. Es handle sich um einen mehrjährigen Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission. Es bestehe ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens. Das jetzige Aktivitätsniveau unterscheide sich wesentlich vom Aktivitätsniveau vor der Erkrankung. Trotz lege artis und mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin durchgeführter Therapie weise diese ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis auf (AB 55.1/17 f.). Aus der grundsätzlich bereits seit 2013 ausgewiesenen und mehrfach bestätigten Diagnose der schweren bis mittelschweren depressiven Episode bei multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren sowie einer somatoformen Schmerzstörung ergebe sich lediglich die Veränderung, dass aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode mit synthymen psychotischen Symptomen vorlie-

ge (AB 55.1/18 unten). Aus heutiger Sicht könne eine seit September 2013 durchgehend bestehende invalidisierende Erkrankung angenommen werden, welche die Arbeitsfähigkeit zu 100 % reduziere. Die Prognose sei ernst und ungünstig; das Leiden sei multifaktoriell und erscheine chronifiziert. Dennoch könne bei vorsichtiger Prognose davon ausgegangen werden, dass mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit wieder erlangt werden könnte (AB 55.1/19 f.).

3.1.9 Gemäss Aktennotiz des RAD vom 15. Dezember 2015 (AB 63) führte der behandelnde Dr. phil. I. _____, Fachpsychologe für Psychotherapie, aus, die Beschwerdeführerin komme regelmässig in die Therapie, sie besuche ein- bis zweimal in der Woche die Tagesklinik. Sie komme mit dem Auto und fahre mit Unterbrüchen, was für sie erträglicher sei als Zufahren (wegen den Geräuschen und Menschenmassen). In der Tagesklinik führe sie eine Strickgruppe an, was ihr eine minimale Aufgabe und eine Minimalstruktur gäbe. Daheim sei das Enkelkind ihr Lichtblick; allerdings sei sie überfordert damit. Die Beschwerdeführerin komme in Kontakt mit anderen Patientinnen und es hätten sich ein bis zwei Freundschaften entwickelt. Diagnostisch wäre aktuell von einer mittel- bis schwergradigen depressiven Störung auszugehen.

3.1.10 Befragt nach der Vereinbarkeit der Diagnose einer schweren depressiven Störung mit dem Tagesablauf (AB 55.1/9 oben; vgl. auch AB 63) und dem Stellenwert der psychosozialen Faktoren (vgl. AB 64, 66) korrigierte Dr. med. H. _____ ihre diagnostische Einschätzung mit Schreiben vom 13. November 2016 (AB 81) wie folgt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.1), undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1); Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: psychosoziale Belastungsfaktoren (Z-Diagnosen gemäss AB 55.1/14 Ziff. 5; AB 81/2 f.). Trotz der veränderten diagnostischen Einschätzung ändere sich die Einschätzung der funktionellen Fähigkeiten nicht (AB 81/3 unten i.V.m. AB 55.1/19 f.). Es sei aus medizintheoretischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sich unterdessen der psychische Zustand weiter stabilisiert habe und

daher eine Neueinschätzung der funktionellen Fähigkeiten sinnvoll sei (AB 81/3 unten).

3.1.11 Mit Verlaufsbericht vom 2. März 2017 attestierte der behandelnde Psychotherapeut Dr. phil. I. _____ einen verschlechterten Gesundheitszustand und diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F33.1/2) und ein chronisches Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z48.0; AB 87/3 Ziff. 1 ff.). Es lägen eine Vielzahl somatischer Schmerzbeschwerden und eine ausgeprägte Erschöpfung vor (AB 87/3 Ziff. 4). Es bestehe ein anhaltend schwerer, eher ungünstiger Verlauf (AB 87/4 Ziff. 9).

3.1.12 Im bidisziplinären Gutachten vom 23. Januar 2018 diagnostizierten die Dres. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, und K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit radiologisch pathologische Befunde im Bereich axialer Gelenke, eine rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom, Adipositas und anamnestisch ein Reizmagen-Syndrom (AB 111.1/6 f. Ziff. III, 112.1/27 f. lit. A.4).

In der klinischen Untersuchung durch den rheumatologischen Gutachter hätten eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, diffuse Druckschmerzen, Bewegungsschmerzen am ganzen Körper, Bewegungsschmerzen aller axialen und aller peripheren Gelenke, eine nicht dermatombezogene Sensibilitätsstörung der ganzen linken Körperhälfte und darüber hinaus, abgestützt auf objektivierbare Befunde, bei einer Adipositas eher als leichtgradig einzustufende Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule und ansonsten keine weiteren relevanten klinisch-pathologischen Befunde imponiert (AB 111.1/8 unten). Aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Begutachtung bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen einerseits den geschilderten Beschwerden sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin während der Begutachtung und andererseits den objektivierbaren Befun-

den (AB 111.1/10 unten). Insgesamt seien die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar (AB 111.1/13 Mitte).

Auch der psychiatrische Gutachter stellte Diskrepanzen und Inkonsistenzen in der Beschwerdeschilderung seitens der Beschwerdeführerin und der Schilderung ihres Alltags und ihrer Alltagsaktivitäten fest: Massive Konzentrations- und Gedächtnisdefizite hätten sich im Untersuchungsgespräch nicht bestätigen lassen. So erstaune es sehr, dass sie angesichts der von ihr beklagten massiven kognitiven Defizite wie auch der von ihr bekundeten völligen Antriebslosigkeit sowie der sehr ausgeprägten und andauernden Schmerzsymptomatik in der Lage sei, Auto zu fahren; dies weise auf erhebliche Ressourcen hin. Dies lasse auf eine Verdeutlichungstendenz, nicht aber auf eine Aggravation schliessen (AB 112.1/28 f.). Bei der Beschwerdeführerin lasse sich ein interozeptiver und amplifizierender Wahrnehmungsstil feststellen; zudem bestehe eine deutliche Selbstlimitierung. Es entstehe zudem ein gewisser Eindruck, dass sie sich mit mehr Engagement für eine Rente einsetze statt für einen beruflichen Wiedereinstieg. Sie neige zudem dazu, in ihrer Krankenrolle zu verharren. Da die Schmerzproblematik absolut im Vordergrund stehe, sei nicht von einer Somatisierungsstörung (vgl. E. 3.1.6 und 3.1.8) auszugehen (AB 112.1/30 f.). Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. _____ vom 31. Juli 2015 (AB 55.1) überzeuge in einigen Punkten nicht: Angesichts des darin aufgezeichneten Tagesablaufs erscheine die Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht gerechtfertigt. Die nachträgliche diagnostische Korrektur fast ein Jahr nach der gutachterlichen Untersuchung und ohne erneute Untersuchung sei ein kaum nachzuvollziehender Umstand. Gleiches gelte in Bezug auf deren Aussage, trotz veränderter Diagnose sei die Funktionsfähigkeit gleich zu beurteilen (AB 112.1/32 f.).

Die Arbeitsfähigkeit sei aus interdisziplinärer Sicht beurteilt für körperlich belastendere Arbeiten als jene, die die Beschwerdeführerin früher in der Schweiz ausgeübt habe, seit Jahren nicht mehr gegeben. Für die in der Schweiz bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten und für angepasste Verweistätigkeiten (leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten

mit der Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln) könne aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für keinen Zeitraum eine anhaltende zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden, weshalb diesbezüglich vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht abzustützen sei. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe durch die rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, und durch die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eine mittelgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % (AB 111.1/14 ff., 112.1/38 f., 112.1/43 f. Ziff. VI.1 f.).

3.1.13 Der die Beschwerdeführerin psychotherapeutisch behandelnde Dr. phil. I. _____ konnte im Bericht vom 11. Juli 2018 (AB 117/3 f.) nicht nachvollziehen, weshalb nicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden anerkannt werden könne. Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome sei im Zusammenspiel einer behandlungs- und therapieresistenten mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.1/2) und der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) auf dem Hintergrund eines belastenden sozialen Kontextes erheblich. Die Beschwerdeführerin neige in Untersuchungssituationen dazu, sich zu verausgaben und zeige in diesem Kontext ein ausserordentliches Leistungsverhalten, welches sie im Alltag so nicht halten könne. Im Alltag versuche sie immer wieder sehr glaubhaft, ihre Einschränkungen zu überwinden, wobei sie schnell an ihre Grenzen stosse. Für die Autofahrten in die Therapie müsse sie sich punktuell überwinden; sie mache Pausen und teile sich die Fahrzeiten gut ein. Es bestehe eine vollgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

3.1.14 Auch Dr. med. C. _____ wies im Bericht vom 12. Juli 2018 (AB 117/5 f.) darauf hin, dass die Beschwerdeführerin wegen ihrem Hang zum Perfektionismus in einer Untersuchungssituation nicht auf sich und ihre Bedürfnisse Rücksicht nehme. Durch verschiedene psychobiographische Lebensereignisse hätte der Selbstwert der Beschwerdeführerin derart gelitten, dass sie mit allen Mitteln versuche, diesen zu stabilisieren oder zu erhöhen. Dies gelinge ihr jedoch nicht genügend; eine anhaltende depres-

sive Symptomatik sei Folge davon. Sie sei so darum bemüht, ihren Zustand zu verbessern, dass sie hierfür Autofahrten und auch Selbstzahlungen auf sich nehme, obwohl sie dadurch weiter erschöpft werde und sie das in Sorge bringe. Ihr sei es mit einer zumutbaren Willensanstrengung nicht möglich, ihr Leiden zu überwinden und einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

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 27. September 2018 (AB 119) massgeblich auf das bidisziplinäre (rheumatologisch-psychiatrische) Gutachten der Dres. med. J. _____ und K. _____ vom 23. Januar 2018 (AB 111.1) gestützt. Dieses erfüllt hinsichtlich 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.

3.3.1 Zu recht unbestritten ist unter den Parteien das Ergebnis der somatischen Begutachtung, wonach die Beschwerdeführerin in einer angepassten, leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeit mit der Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln, über eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit verfügt (AB 111.1/14 f.).

3.3.2 Soweit sich die Beschwerdeführerin auf die psychiatrische Beurteilung durch Dr. med. H. _____ (AB 55.1) beruft (Beschwerde, S. 3 unten), hat bereits die Gutachterin selber auf Rückfrage der Beschwerdegegenerin hin (AB 66) gravierende Mängel zugestehen und korrigieren müssen (AB 81): So hielt sie nicht mehr an der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3; AB 55.1/14 Ziff. 5) fest, sondern ging einzig noch von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.1; AB 81/2 unten), aus. Auch der psychiatrische Gutachter Dr. med. K. _____ erachtete angesichts des im Gutachten von Dr. med. H. _____ aufgezeichneten Tagesablaufs (AB 55.1 oben) die Diagnose einer schweren depressiven Episode als nicht gerechtfertigt. Aber auch deren diagnostische Neueinschätzung hin zu einer rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit psychotischen Symptomen, bezeichnete er als inkonsistent, da gemäss ICD-10 die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode keine psychotischen Symptome vorsehe, sondern allfällige psychotische Symptome bei einer depressiven Erkrankung nur und ausschliesslich bei einer schweren depressiven Episode gemäss ICD-10 kodiert würden. Nicht nachvollziehen konnte er sodann, dass Dr. med. H. _____ einerseits die Ergänzungsfragen erst fast ein Jahr nach ihrer psychiatrischen Begutachtung und ohne erneute Untersuchung beantwortet habe und wie sie trotz nunmehr veränderter Diagnosestellung die Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin

noch immer gleich beurteile. Aufgrund dieser überzeugenden Begründung kommt dem Gutachten der Dr. med. H. _____ entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nur sehr eingeschränkt Beweiswert zu und in den Schlussfolgerungen ist darauf nicht abzustellen. Gleiches gilt in Bezug auf die diagnostische Einschätzung von Dr. phil. I. _____ (schwere depressive Episode; AB 117/3 Mitte), zumal er keinen psychopathologischen Befund beschreibt, anhand dessen die Schwere der aktuell vorliegenden depressiven Symptomatik eingeschätzt werden könnte (vgl. bereits AB 94/4). Schliesslich ist Dr. phil. I. _____ kein Arzt und Dr. med. C. _____ (vgl. AB 117/5 f.) verfügt über keinen Facharzttitel für Psychiatrie. So lässt es denn auch die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits 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), was vorliegend nicht der Fall ist.

3.3.3 Damit erweist sich das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. J. _____ und K. _____ vom 23. Januar 2018 (AB 111.1, 112.1) hinsichtlich Befunde und Diagnosen als voll beweiskräftig und es erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) weitere Sachverhaltserhebungen. Entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist die Massgeblichkeit der im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. K. _____ attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit (AB 112.1/39, 112.1/44 Ziff. 2) im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens zu validieren (vgl. E. 2.2.3 hiavor).

3.4 Es wurde im bidisziplinären Gutachten festgestellt, dass sich die von der Beschwerdeführerin aktuell beschriebenen Schmerzen in diversen Körperbereichen aus somatischer Sicht nicht vollständig und nicht ausreichend erklären lassen (vgl. AB 111.1/10 unten). Diesbezüglich gehen die

Gutachter von einem ausgeprägten Verdeutlichungsverhalten (AB 111.1/8) bzw. von Hinweisen auf eine Verdeutlichungstendenz (AB 112.1/40 lit. C.I.4) aus. Blosses verdeutlichendes Verhalten weist indessen nicht per se auf Aggravation hin (vgl. E. 2.2.3 hiervor).

3.5

3.5.1 Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist indessen erstellt, dass die psychischen Einschränkungen ausschliesslich durch die verschiedenen psychosozialen Belastungsfaktoren hervorgerufen worden sind (vgl. dazu [chronologisch] AB 41/2, 24/2, 34/2 ff., 25/5, 34/10, 34/8, 42/6; Mobbing am Arbeitsplatz, Hirntumor des ältesten Sohnes, Inhaftierung des mittleren Sohnes, Schulden, Beziehungskrise/Streit) und unterhalten werden. Auch der Gutachter Dr. med. K._____ führte im Zusammenhang mit den sich nur teilweise auf objektive Befunde zurückzuführenden Schmerzen aus, dass diese ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung hätten und den psychischen Faktoren eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beizumessen sei, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn; so hätten zum Zeitpunkt der Entstehung der Schmerzsymptomatik bei der Beschwerdeführerin Probleme und Konflikte am Arbeitsplatz sowie zusätzlich die Belastung durch eine Hirntumorerkrankung eines Sohnes bestanden (AB 112.1/30 Mitte). Dies wird in den im Nachgang zum bidisziplinären Gutachten eingereichten Berichten des Dr. phil. I._____ (AB 117/3; "auf dem Hintergrund eines belastenden sozialen Kontextes") und der Dr. med. C._____ (AB 117/5; "Durch verschiedene psychobiographische Lebensereignisse [Migration, Tumorerkrankung des Sohnes, Mobbing am Arbeitsplatz, wiederholte Kränkungerlebnisse, etc.] hat der Selbstwert [psychologisches Grundbedürfnis] derart gelitten, dass sie mit allen Mitteln versucht, diesen zu stabilisieren oder zu erhöhen. Dies gelingt ihr jedoch nicht genügend, eine anhaltende depressive Symptomatik ist die Folge davon") ausdrücklich bestätigt.

3.5.2 Derartige psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invali-

ditätsbegriff 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 bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

3.5.3 Damit ist aus rechtlicher Sicht im Sinne des eben Ausgeführten die Frage aufzuwerfen und zu verneinen, ob es sich bei der gutachterlich diagnostizierten rezidivierenden depressiven und chronischen Schmerz-Störung überhaupt um ein von eben diesen invaliditätsfremden Faktoren verselbstständigtes, eigenständiges psychisches Leiden handelt. Denn es ist davon auszugehen, dass bei Wegfall dieser Faktoren sich auch deren negativen Folgen nicht mehr zeitigen. Es fehlt somit an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden.

3.5.4 Damit resultiert aus der Prüfung der ersten Ebene ein Ausschlussgrund (vgl. E. 2.2.3 hiervor). Für das Vorliegen eines Ausschlussgrundes spricht auch das anlässlich der somatischen Untersuchung von Dr. med. J._____ beobachtete ausgeprägte Verdeutlichungsverhalten (vgl.

AB 111.1/8) sowie der Krankheitsgewinn, den die Beschwerdeführerin daraus bezieht, selbst wenn blosses verdeutlichendes Verhalten noch nicht per se auf Aggravation hinweist (vgl. bereits E. 3.4 hiervor). Allein schon deshalb hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin zu Recht mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens abgewiesen und die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. September 2018 AB 119) ist im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Selbst wenn aus der Prüfung der ersten Ebene keine eindeutigen Ergebnisse resultieren würden, führt vorliegend auf der zweiten Ebene die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens anhand der Standardindikatoren zur Verneinung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens:

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

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

3.6.1.1 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.). Vorliegend sind die diagnoserelevanten Befunde und Symptome zwar mehr als leicht ausgeprägt (AB 112.1/29 f.), jedoch nicht derart schwer, um allein damit einen Ausschluss der Überwindbarkeit begründen zu können. Insbesondere bestehen Diskrepanzen und Inkonsistenzen in Bezug auf die Schilderung des Alltags und der Alltagsaktivitäten (so erstaunt es sehr, dass die Beschwerdeführerin angesichts der von ihr beklagten massiven kognitiven Defizite wie auch der von ihr bekundeten völligen Antriebsarmut in der Lage ist, Auto zu fahren; AB 112.1/28 f.) und invaliditätsfremde Faktoren (vgl. E. 3.5 hiervor). Die vom Gutachter festgehaltenen Inkonsistenzen lassen sich nicht mit den von der behandelnden Ärztin der Allgemeinen Inneren Medizin (Dr. med. C. _____; AB 117/5 f.) und dem behandelnden Therapeuten (Dr. phil. I. _____; AB 117/3 f.) als Nicht-Fachärzte der Psychiatrie der Beschwerdeführerin zugeschriebenen

moralischen Werten und Ansprüchen sowie weiteren Persönlichkeitsmerkmalen wie Hang zum "Überleistertum" und Perfektionismus wegdiskutieren. Soweit die Behandler diese Persönlichkeitszüge als vorgegeben und damit nicht therapierbar erachten, steht dies in Widerspruch zur gutachterlichen Beurteilung (vgl. dazu E. 3.6.2 nachfolgend) und es muss insoweit von einer nicht adäquaten Therapie durch Nicht-Fachärzte ausgegangen werden.

3.6.1.2 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.). Dem psychiatrischen Gutachter zufolge haben die bisherigen Behandlungen in Bezug auf die Schmerzbehandlung wenig Erfolg gezeigt und Eingliederungserfolge liessen sich in den letzten Jahren nicht erzielen. Dies führt der Gutachter indessen vornehmlich auf die massive Defizitorientierung der Beschwerdeführerin und auch auf ihre final ausgerichtete Entschädigungshaltung in Verbindung mit einer Verdeutlichungstendenz, die auch die psychiatrische Behandlung erschwert, zurück (AB 112.1/34).

3.6.1.3 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). Die somatischen Leiden vermögen hinsichtlich der bisher in der Schweiz ausgeübten bzw. angepassten Tätigkeiten keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen (AB 111.1/14). In psychischer Hinsicht besteht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neben der chronischen Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) noch eine rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F45.41; AB 112.1/27). Diesbezüglich besteht keine massgebende Komorbidität, denn der psychiatrische Gutachter hat sich nicht dahingehend geäussert bzw. hat namentlich keine Wechselwirkungen zwischen den gestellten Diagnosen postuliert (AB 112.1/34).

3.6.2 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 weder eine Persönlichkeitsstörung noch eine Persönlichkeitsakzentuierung festgestellt (AB 112.1/34 ff.).

3.6.3 Zum Komplex "Sozialer Kontext" (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) hielt der Gutachter fest, bei der Beschwerdeführerin lasse sich zwar ein gewisser sozialer Rückzug feststellen, jedoch keinesfalls ein Verlust der sozialen Integration; sie bekomme nach wie vor sehr viel Unterstützung durch ihre Familie (AB 112.1/37). Damit hält das soziale Umfeld durchaus mobilisierende Ressourcen bereit, worauf auch in der Aktennotiz des RAD vom 15. Dezember 2015 zutreffend hingewiesen wird (vgl. E. 3.1.9 hiavor).

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

3.7.1 Dem Gutachter fielen gewisse Diskrepanzen und Inkonsistenzen zwischen den von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptomen und Beschwerden und ihrer subjektiv empfundenen vollständigen Invalidität einerseits sowie der Alltagsgestaltung andererseits auf. Augenfällig seien in diesem Zusammenhang vor allem das Autofahren und die durchgeführte Flugreise. Entsprechend besteht eine ungleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in den verschiedenen vergleichbaren Lebensbereichen (AB 112.1/37 f.; vgl. bereits E. 3.6.1.1 hiavor).

3.7.2 Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) spricht angesichts der (teil-)stationären und ambulanten Behandlungen für einen gewissen Leidensdruck (AB 112.1/38), wobei nicht eine spezifische psychiatrische, sondern bloss psychosomatisch ausgerichtete Behandlung erfolgt und diese durch die massive Defizitorientierung der Beschwerdeführerin und auch wegen ihrer final ausgerichteten Entschädigungshaltung in Verbindung mit einer Verdeutlichungstendenz erschwert wird (AB 112.1/34). Hinzu kommt, dass mit Blick auf die durchgeführte Laboruntersuchung der Serumbloodspiegel sowohl für die Antidepressiva wie auch die Schmerzmedikation ausserhalb des therapeutischen Referenzbereichs liegen (AB 112.1/23). Nach Ansicht des Gutachters lässt sich dieser Laborbefund nur mit einer Nicht-Einnahme der Medikamente erklären. Es falle auf und irritiere, dass die Beschwerdeführerin zwar mas-

sive Schmerzen beklage, sie aber das Analgetikum nicht einnehme. Dies lasse den Schluss zu, dass die Symptomatik wohl nicht ausgeprägt genug sei, um sie zu einer Einnahme dieses Medikaments zu bewegen (AB 112.1/29).

3.8 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 in einer angepassten Tätigkeit (50 %; AB 112.1/44) aus rechtlicher Optik nicht abzustellen.

3.9 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin zu Recht mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens abgewiesen hat. Die Verfügung vom 27. September 2018 (AB 119) ist folglich nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 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.

4.2 Die Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteien-schädigung (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):
 - A. _____
 - 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.