

200 19 345 IV
A. _____
FUE/SCM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. November 2019

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. März 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1993 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), die über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt (Abbruch der Lehre als ... im Jahr 2014), meldete sich am 15. Dezember 2016 unter Hinweis auf eine rezidivierende depressive Störung, einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional-instabilen Zügen sowie Angstzustände bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1, 5/8-9). Im Rahmen der erwerblichen und medizinischen Abklärungen forderte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) die Versicherte am 15. November 2017 zu einer mindestens sechsmonatigen Abstinenz von Cannabis auf (AB 36, vgl. auch AB 31/4, 41) und veranlasste nach deren labormässigem Nachweis (AB 44-45, 48, 50-51) eine psychiatrische Begutachtung (Expertise vom 14. Dezember 2018 [AB 64.1]). Mit Vorbescheid vom 9. Januar 2019 (AB 65) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 5 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Auf Einwand der Versicherten hin (AB 68, 70, 75) samt Einreichung eines medizinischen Berichts (AB 73) beantwortete der psychiatrische Gutachter die von der IVB gestellten Rückfragen (AB 76-77). Am 27. März 2019 verfügte die IVB wie vorbescheidweise angekündigt (AB 78).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 6. Mai 2019 Beschwerde und reichte ein Privatgutachten von Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. April 2019 ein (AB 79/23-77). Sie stellt die folgenden Anträge:

- Die Verfügung vom 27. März 2019 sei aufzuheben und die Sache sei zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
- Eventualiter: Der Versicherten seien berufliche Massnahmen (mit anschliessender Rentenprüfung) zu gewähren.

- Subeventualiter: Der Versicherten sei eine Rente auszurichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Juni 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und reicht eine weitere Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters vom 14. Mai 2019 zu den Akten.

Mit Replik vom 5. Juli 2019 bzw. Duplik vom 28. August 2019 bestätigen die Parteien die gestellten Anträge.

Am 5. September 2019 lässt sich die Beschwerdeführerin erneut vernehmen.

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. März 2019 (AB 78). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

Über den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen hat die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung nicht befunden. Soweit die Beschwerdeführerin somit (eventualiter) beantragt, ihr seien berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren (vgl. Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren 2), fehlt es an einem Anfechtungsobjekt und es ist insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten.

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). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers

gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente.

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und E._____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin, Spital F._____ AG, diagnostizierten im Bericht vom 12. Juli 2017 (AB 29) das Nachstehende (AB 29/2 Ziff. 1.1):

- Rezidivierende leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) auf dem Boden einer:
- kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und emotional-instabilen Zügen (ICD-10 F61) bei emotionaler Vernachlässigung und Gewalt in der Kindheit (ICD-10 Z62.0)
- Schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1)

Die interpersonellen Schwierigkeiten hätten bisher zu einer Unmöglichkeit geführt, längerfristig und konstant einer Arbeit nachzugehen. Die Beschwerdeführerin weise eine Bindungsstörung auf, welche ihren Umgang mit alltäglichen Anforderungen bzw. Druck ungünstig ausfallen lasse. So gerate sie oft in eine „Blockade“ (Vermeidung), sobald sie Anforderungen und Druck verspüre. Dieses Verhalten gehe oft damit einher, dass sie sich vor einer Überforderung (und vor ihren Versagensängsten) schützen müsse und dadurch den Kontakt zur Aussenwelt abbreche und sich zu Hause zurückziehe. Die aktuellen Lebensumstände bzw. der Abbruch der Erstausbildung (und dadurch gegebene Arbeitslosigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt) münde bei ihr in einem Selbsthass, durch den sie sich innerlich stark abwerte. Diesen Selbsthass bzw. die empfundene Unzulänglichkeit reguliere sie abends mit Cannabiskonsum, was am ehesten im Sinne einer Emotionsregulationsstrategie verstanden werde (AB 29/4 Ziff. 1.7).

3.1.2 Im Verlaufsbericht vom 24. Mai 2018 (AB 53) führten die Behandler der Spital F._____ AG aus, der Gesundheitszustand sei stationär, jedoch habe sich eine Änderung in der Diagnosestellung ergeben. Sie nannten die folgenden Diagnosen (AB 53/2):

- Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31) mit ängstlich-vermeidenden Anteilen bei emotionaler Vernachlässigung und Gewalt in der Kindheit (ICD-10 Z62.0)

- ICD-10 F33.1: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode
- ICD-10 F12.1: Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: schädlicher Gebrauch; abstinenz seit Dezember 2017

Zum aktuellen Zeitpunkt sei aufgrund eines Dekompensationsrisikos durch erhöhten Arbeitsdruck und der interaktionellen Problematik von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, wobei diese anhand gezielter integrativer Massnahmen im Verlauf ausbaubar sein sollte (AB 53/3 Ziff. 11).

3.1.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. Z._____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 16. Juli 2018 (AB 57) die nachstehenden Diagnosen fest:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Aktenanamnestisch leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide, aktuell Abstinenz, ICD-10 F12.2
- Aktenanamnestisch Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen und ängstlich-vermeidenden Anteilen ICD-10 Z73, Differentialdiagnose: kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und ängstlich vermeidenden Anteilen

Der Beschwerdeführerin könne eine angepasste körperlich leichte Tätigkeit unter strikter Beachtung folgender qualitativer Einschränkungen ganztags mit einer maximal 20%igen Leistungsminderung zugemutet werden: Kein Zeitdruck, keine häufig wechselnden Arbeitszeiten, kein Anspruch an Konfliktfähigkeit, insbesondere kein Anspruch an die soziale Kompetenz, keine Verantwortung für Personen (Kinder und Behinderte) und Maschinen, keine Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefahr, kein Zugriff auf Noxen. Infolge dieser qualitativen Einschränkungen sei die Tätigkeit als ... nicht geeignet (AB 57/4).

3.1.4 Im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 14. Dezember 2018 (AB 64.1) stellte Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die folgende Diagnose (AB 64.1/17):

Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0)

- mit emotional instabilen, ängstlichen (vermeidend), psychasthenischen und narzisstischen Anteilen

- mit gegenwärtig (un-)regelmässigem Gebrauch von Tabak, Alkohol und Cannabinoiden

Der Experte legte dar, die Persönlichkeitsstörung sei hier nicht gleichzusetzen mit einer mittelschweren oder gar schweren psychiatrischen Störung, welche die Handlungs- und Willensfreiheit und bzw. oder den Realitätsbezug (fast) vollständig verunmögliche. Die Beschwerdeführerin erfülle die Kriterien vor allem durch ihre bislang gescheiterte nachhaltige berufliche Integration aufgrund ihrer narzisstischen und psychasthenischen Anteile (AB 64.1/21). Gesamthaft stünden Defizite in den Bereichen Anpassung an Regeln, Flexibilität, Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit im Vordergrund, die sich durch die Pathologie der Persönlichkeit erklärten. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin sei dabei aufgrund einer bewusstseinsnahen Aggravation zu relativieren. Demgegenüber verfüge sie über persönliche Ressourcen (vgl. stets selbst modifizierter, gegenwärtig sozial üblicher Gebrauch von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen, sehr gute Kommunikationsfähigkeit, gute Intelligenz, Selbstständigkeit, könne mitanpacken) und einen geordneten sozialen Kontext. Beim Verlauf der Störung seien aber auch nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu beachten (bspw. Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, persönliche Berufswünsche, Wunsch nach IV-Unterstützung bzw. nach Unabhängigkeit vom Sozialdienst; AB 64.1/29). In der bisherigen Tätigkeit bestehe seit Abbruch der Ausbildung zur ... unverändert eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % aufgrund eines vermehrten Betreuungsaufwands bei Defiziten in den Bereichen Anpassung an Regeln, Flexibilität, Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit (AB 64.1/29-30 Ziff. 8.1). In einer Tätigkeit mit strukturierten Aufgabenstellungen und einer stringenten, wohlwollenden Führung am Arbeitsplatz unter Berücksichtigung ihrer Einschränkungen in den Bereichen Motivation, Durchhaltefähigkeit und Pünktlichkeit sowie ihrer persönlichen Wünsche bestehe seit der Schulzeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit (AB 64.1/30-31 Ziff. 8.2).

3.1.5 Im Bericht der Spital F. _____ AG vom 31. Januar 2019 (AB 73) bestätigten die behandelnden Fachpersonen die gestellten Diagnosen (AB 73/1, vgl. zuvor AB 53/2). Vor dem Hintergrund eines wenig haltge-

benden sozialen Umfeldes mit wiederkehrenden Erfahrungen emotionaler Vernachlässigung weise die Beschwerdeführerin spätestens seit der Adoleszenz interaktionelle Schwierigkeiten auf, die aufgrund ihrer Ausprägung ein erfolgreiches Begehen eines Ausbildungsweges mit Aussicht auf eine mögliche berufliche Tätigkeit verunmöglicht hätten (AB 73/2). Da im bisherigen Verlauf das Pensum im geschützten Rahmen nie mehr als 50 % betragen habe, werde von einer Teilarbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen von 50 % ausgegangen. Eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei momentan nicht zumutbar (AB 73/3).

3.1.6 Am 19. März 2019 (AB 77) führte der Gutachter Dr. med. G. _____ aus, mit den Angaben im Bericht vom 31. Januar 2019 (AB 73) könne keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur Beurteilung gemäss Gutachten vom 14. Dezember 2018 (AB 64.1) begründet werden. Zur differenzierten Begründung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) verwies Dr. med. G. _____ auf das Gutachten und hielt fest, die Differenzialtypologie, also die Frage nach der Untergruppe in der Kategorie „Persönlichkeitsstörung“, sei vor allem von akademischem – allfällig von therapeutischem – Interesse und habe aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Auswirkung auf die Beurteilung des Einflusses der Störung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 77/4-5). Die Diagnose stehe in keinem wesentlichen Widerspruch zur nosologischen Zuordnung durch die behandelnden Fachpersonen. Die ICD-10-Kriterien einer eigenständigen depressiven Episode gemäss F32/F33 seien nicht erfüllt und könnten auch nicht jeweils aufgrund der Angaben in den Akten bestätigt werden (AB 77/5). Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit werde im Bericht vom 31. Januar 2019 (AB 73) nicht begründet, das Postulat sei nicht kritisch differenziert in Bezug zur Beschwerdeführerin nachvollziehbar. Es sei als persönliche Meinung der behandelnden Fachpersonen zur Kenntnis zu nehmen und könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden (AB 77/6).

3.1.7 Im beschwerdeweise ins Recht gelegten Privatgutachten vom 24. April 2019 (AB 79/23-77) stellte Dr. med. C. _____ die folgenden Diagnosen (AB 79/58, 79/68):

Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typus (ICD-10 F60.31) mit / bei:

- rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00)
- psychischen und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinert (ICD-10 F12.20)

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit in der ... legte Dr. med. C._____ dar, er gehe von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus, dies zumindest seit dem Lehrabbruch. Unklar sei, wie der Vorgutachter für die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % habe attestieren können, dies lasse sich aus dem gutachterlichen Text nicht erschliessen (AB 79/73). In einer angepassten Tätigkeit in interaktionsarmem Milieu, möglichst ohne Kundenkontakt und mit nur geringem Zeitdruck dürfte ein Arbeitspensum von 50 % zumutbar sein, wobei unter Optimierung bzw. Umsetzung von Behandlungsvorschlägen (vgl. AB 79/70-71) von gewissen Verbesserungen ausgegangen werden könne (AB 79/75).

3.1.8 Dr. med. G._____ hielt in der Stellungnahme vom 14. Mai 2019 (im Gerichtsossier) zum Gutachten von Dr. med. C._____ fest, der Gesundheitsschaden werde in beiden Gutachten nosologisch analog eingeordnet, mit einer im Vordergrund stehenden Pathologie der Persönlichkeit (S. 1). Die unterschiedliche Würdigung subjektiver Beschwerden und objektiver Befunde zur Diskussion der Einordnung des depressiven Syndroms könne nicht bestätigt werden, nachdem zunächst tatsächliche, objektiv erkennbare Befunde relevant seien. Das leichtfertig anmutende Übergehen der logischen Diagnoseregeln (insbesondere bezüglich des Unterschieds von Haupt- und Zusatzsymptomen) sei nicht statthaft (S. 2). Zur anlässlich der Untersuchung vom 14. November 2018 festgestellten bewusstseinsnahen Aggravation nehme Dr. med. C._____ nicht Stellung (S. 2-3). Die unterschiedliche, vor allem quantitative Einschätzung der Minderung der Arbeitsfähigkeit im Fall der Beschwerdeführerin sei zur Kenntnis zu nehmen. Von Dr. med. C._____ würden keine Fehler und keine wesentlichen Widersprüche im Gutachten von Dr. med. G._____ aufgezeigt und neue, wesentlich relevante Informationen, die bei Erstellung des Gutachtens vom 14. Dezember 2018 nicht vorgelegen hätten, würden nicht dokumentiert. Die unterschiedliche Einschätzung resultiere aus einer

jeweils anderen (nicht nur fachlichen) Beurteilung desselben Sachverhalts (S. 3).

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 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 14. Dezember 2018 (AB 64.1) samt Stellungnahmen vom 19. März 2019 (AB 77) und 14. Mai 2019 (im Gerichtsossier) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Insbesondere basiert die Beurteilung auf einer umfassenden Untersuchung, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.3.1 Der Gutachter hat gestützt auf die fachärztliche Untersuchung vom 14. November 2018 (AB 64.1/1) samt den durchgeführten Testungen (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale [MADRS], Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 [MMPI-2]; AB 64.1/15) schlüssig und für den Rechtsanwender anhand der klassifikatorischen Vorgaben nachvollziehbar dargelegt (vgl. AB 64.1/18), dass die Voraussetzungen für das Stellen der Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, ängstlichen (vermeidend), psychasthenischen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0) aufgrund der anamnestischen Angaben (vgl. AB 64.1/7-11) – insbesondere zur frühkindlichen Entwicklung (mit Konflikten und Belastungen in der Herkunftsfamilie mit Trennung der Eltern, Vernachlässigung durch die Mutter, Gewalterfahrung in den Partnerschaften der Mutter [vgl. AB 64.1/18]) – und in den Akten dokumentierten Befunden (zwischenmenschliche Konflikte in der Schulzeit, gescheiterte berufliche Integration [vgl. AB 64.1/7-9]) erfüllt sind (vgl. hierzu auch DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 274-277 und 279-283). Insoweit steht die gutachterlich gestellte Diagnose weitestgehend im Einklang mit den Einschätzungen der Spital F. _____ AG vom 12. Juli 2017 (kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und emotional-instabilen Zügen [ICD-10 F61]; AB 29/2 Ziff. 1.1 bzw. E. 3.1.1. hiervor), 24. Mai 2018 (emotional-instabile Persönlichkeitsstörung [ICD-10 F60.31] mit ängstlich-vermeidenden Anteilen; AB 53/2 bzw. E. 3.1.2 hiervor) und 31. Januar 2019 (emotional-instabile Persönlichkeitsstörung Borderline-Typ [ICD-10 F60.31] mit ängstlich-vermeidenden Anteilen; AB 73/1) sowie mit dem Privatgutachten von Dr. med. C. _____ vom 24. April 2019 (emotional-instabile Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typus [ICD-10 F60.31]; AB 79/58, 79/68 bzw. E. 3.1.7 hiervor). Damit sind diesbezüglich lediglich geringe diagnostische Differenzen auszumachen, mithin keine unauflösbaren Unterschiede oder gar diametrale Widersprüche, die weiterer Abklärungen bedürften. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass es letztlich nicht in erster Linie auf die genaue diagnostische Zuordnung der unbestrittenermassen vorliegenden Persönlichkeitsstörung ankommt, sondern darauf, welche Auswirkungen diese Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. bspw. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 22. Juli 2019, 9C_857/2018,

E. 4.2.1, und vom 6. Januar 2017, 9C_59/2016, E. 6.1). Zutreffend bemerkte Dr. med. G._____ in der Stellungnahme vom 14. Mai 2019 (im Gerichtsossier) denn auch, der Gesundheitsschaden werde in beiden Gutachten „nosologisch analog“ eingeordnet. Weitestgehend Konsens besteht auch über die Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (ICD-10 F12.1), abstinent (AB 53/2 Ziff. 3, 79/58 Ziff. 6) bzw. gegenwärtig (un-)regelmässiger Konsum von Cannabinoiden (AB 64.1/17 Ziff. 6), wobei sich die Differenzen hinsichtlich Abstinenz bzw. Gebrauch durch die jeweils divergenten anamnestischen Angaben erklären lassen (AB 79/44 [Konsum bis Ende 2017 bzw. Januar 2018], 64.1/8 [letzter Konsum am 7. August 2018]). Diagnostisch zu anderen Schlüssen als die behandelnden Ärzte bzw. der Privatgutachter gelangte Dr. med. G._____ einzig in Bezug auf die von ihm verneinte Depression (AB 64.1/19), wobei er gestützt auf den von ihm erhobenen psychopathologischen Befund, in dem keine Störungen des Affekts erhoben wurden (AB 64.1/13), sowie die Akten anhand der klassifikatorischen Vorgaben (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 169-181) nachvollziehbar und einleuchtend zum Schluss gelangte, es fehle an den Eingangskriterien („typische Symptome“) für eine depressive Episode, insbesondere an einer schweren Antriebshemmung und einer ausgeprägten Affektstarre. Das Fehlen der genannten Befunde wurde nota bene auch vom Privatgutachter bestätigt (AB 79/66 dritter Absatz). Ebenfalls überzeugt die gutachterliche Darstellung, dass die depressiven Syndrome der Beschwerdeführerin Ausdruck ihrer Überforderung aufgrund der Persönlichkeitsmerkmale sind (AB 64.1/19). Diese Beurteilung wird vom Privatgutachter nicht in Frage gestellt, vielmehr hielt er fest, ein Teil der Befunde könnte „durchaus auch im Rahmen der Persönlichkeitsstörung (...) verstanden werden“ (AB 79/66 erster Absatz in fine). Abgesehen davon konstatierte der Privatgutachter, die Einschränkungen von Seiten der depressiven Störung dürften (aktuell) nur untergeordnet und kaum relevant sein (AB 79/69 Ziff. 7.2). Zusammenfassend sind auf diagnostischer Ebene keine relevanten Widersprüche auszumachen, die es noch zu klären gälte.

3.3.2 Der einwandweise aufgelegte Bericht der Spital F._____ AG vom 31. Januar 2019 (AB 73) vermag keine Zweifel an der Schlüssigkeit des Gutachtens zu wecken, enthält er doch lediglich eine abweichende

diagnostische Würdigung bzw. Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, ohne Mängel im Gutachten aufzuzeigen. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es denn auch 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 (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Im Übrigen ist mit Blick auf die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 125 V 351 E. 3b cc S. 353).

3.3.3 Soweit sich die Beschwerdeführerin auf das Privatgutachten von Dr. med. C._____ beruft, um die Schlüsse von Dr. med. G._____ in Frage zu stellen, dringt sie nicht durch. Zunächst bringt der Privatgutachter nicht vor, Dr. med. G._____ wäre bei der Begutachtung nicht lege artis vorgegangen. Er bemängelt jedoch, die Beziehungsanamnese fehle praktisch ganz, die Arbeitsanamnese sei lediglich rudimentär erhoben worden und eine Fremdanamnese fehle gänzlich (AB 79/76). Zur Letzteren ist festzuhalten, dass eine Fremdanamnese weder nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung noch den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (3. Aufl. 2016 [vgl. <www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/leitlinien>]) in jedem Fall zu erheben wäre, liegt das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte doch vielmehr im Ermessensspielraum des Experten (statt vieler: Entscheid des BGer vom 22. August 2019, 9C_286/2019, E. 4.3.2 mit weiteren Hinweisen). Ferner trifft zwar zu, dass die Beziehungs- und die Arbeitsanamnese im Gutachten von Dr. med. G._____ kürzer ausgefallen sind als im Privatgutachten. Nichts destotrotz hatte Dr. med. G._____ jedenfalls Kenntnis von den wesentlichen Umständen (Angaben zur aktuellen Beziehung, zum Freund, zu den gemeinsamen Aktivitäten und zur Häufigkeit der Treffen [AB 64.1/9, 64.1/11]; zu den Praktika und zur abgebrochenen Lehre, zum Versuch der damali-

gen Vorgesetzten, sie zur Aufnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu bewegen [AB 64.1/7-8, 64.1/10, 64.1/20]). Entsprechend legte Dr. med. C. _____ nicht dar, welche konkreten, für die Beurteilung relevanten Aspekte Dr. med. G. _____ nicht bekannt gewesen wären, und dies ist auch nicht ersichtlich. Soweit der Privatgutachter moniert, der Experte habe die testpsychologischen Untersuchungen gegenüber dem Explorationsgespräch „(deutlich) übergewichtet“ (AB 79/76 Ziff. 9), handelt es sich ebenfalls nicht um einen Mangel, sondern – wie Dr. med. C. _____ zuvor selbst angibt – um einen „unterschiedlichen gutachterlichen Zugang“ (AB 79/76 Ziff. 9), was wiederum im Ermessen des Experten liegt. Anhaltspunkte dafür, dass die von Dr. med. G. _____ durchgeführte Exploration zu kurz ausgefallen wäre, bestehen sodann weder mit Blick auf die erhobenen Angaben – auch im Vergleich zum Privatgutachten – noch die knapp dreistündige Untersuchungsdauer (AB 64.1/1). Weiter wendet der Privatgutachter ein, es sei nicht nachvollziehbar, dass Dr. med. G. _____ die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung stelle, obschon er einen praktisch unauffälligen psychopathologischen Befund erhoben habe (AB 79/67-68). Diese Argumentation übergeht, dass sich der Experte bei seiner Beurteilung nicht (einzig) auf den Psychostatus stützte, sondern massgeblich auch auf die Aktenlage sowie die Anamnese, was gerade bei Störungen der hier interessierenden Art (ICD-10 F60), die nach den klinisch-diagnostischen Leitlinien häufig in der Kindheit bzw. Adoleszenz in Erscheinung treten und sich endgültig im Erwachsenenalter manifestieren (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 276), aufgrund der zu beurteilenden zeitlichen Dimension unabdingbar ist. Dass der erhobene Psychostatus mit der gestellten Diagnose unvereinbar wäre, ist nicht ersichtlich. Soweit Dr. med. C. _____ festhielt, die vom Experten festgestellte bewusstseinsnahe Aggravation könne er gestützt auf die klinische Untersuchung und die Fremdanamnese nicht bestätigen (AB 79/71 Ziff. 7.3), spiegelt dies lediglich seine Einschätzung wider, doch entkräftet dies in keiner Art und Weise die Feststellung des Experten, die sowohl auf der Exploration und den vom ihm aufgezeigten Konsistenz- und Plausibilitätsaspekten (AB 64.1/23 Ziff. 7.3) beruhte als auch den Resultaten der Testungen, wobei der entsprechende Test (MMPI-2) in den erwähnten Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten unter dem

Aspekt „Beurteilung von Konsistenz, Validität und Plausibilität“ ausdrücklich als validierter Test erwähnt wird (S. 30).

In Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bringt der Privatgutachter vor, es sei nicht nachvollziehbar, dass der Gutachter eine volle Arbeitsfähigkeit attestierte und sich dabei auf die gute Arbeitsleistung der Beschwerdeführerin stütze, die jene in einem 60%-Pensum erzielt habe, zumal es sich um einen geschützten Rahmen gehandelt habe (AB 79/74). Hierzu ist festzuhalten, dass es Aufgabe des Gutachters ist, eine medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen, wofür die effektiv gezeigte Arbeitsleistung ein wichtiger Anhaltspunkt sein kann. Es verhält sich indes keineswegs so, dass die effektiv gezeigten Leistungen bzw. die ausgeübten Pensen gleichsam der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit gleichzusetzen wären (BGer 9C_59/2016, E. 6.2) bzw. Letztere nicht höher als Erstere sein könnte. Gegenteiliges hiesse, (allfällige) Selbstlimitierungen mit Arbeitsunfähigkeit gleichzusetzen. Selbst wenn die Tätigkeit im X._____ (vgl. AB 5/4-7) bzw. bei der Y._____ (vgl. AB 25) einer Tätigkeit im geschützten Rahmen entspräche, kann daraus somit nichts Entscheidendes gegen die Einschätzung des Gutachters abgeleitet werden. Die Beschwerdeführerin führt sodann ins Feld, die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit (vgl. AB 64.1/30) stehe im Widerspruch zur Einschätzung des RAD, der eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit verneint habe (Beschwerde S. 9). Dies trifft zwar zu (AB 57/4), doch erstattete der RAD das Zumutbarkeitsprofil ohne eigene Untersuchung und allein gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte, wobei aus dem Bericht ohne Weiteres erhellt, dass es sich lediglich um eine vorläufige Einschätzung handelte, waren doch viele Fragen noch offen (vgl. Ziff. 2, wonach eine unklare psychiatrische Kategorisierung, eine psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide und eine fehlende leitliniengerechte antidepressive Therapie vorgelegen hätten [AB 57/4]). Hinzu kommt, dass gerade in der Disziplin der Psychiatrie, wo eine reine Aktenbeurteilung nur ausnahmsweise erfolgen soll (Entscheid des BGer vom 4. September 2013, 9C_164/2013, E. 3.2.3), der persönliche Eindruck von ausschlaggebender Bedeutung ist (Entscheid des BGer vom 27. April 2015, 8C_721/2014, E. 7.3). Mithin mindert die vorläufige Aktenbeurteilung des RAD den Be-

weiswert des Gutachtens von Dr. med. G. _____ nicht. Was die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Dres. med. G. _____ und C. _____ betrifft, weist die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hin (Duplik S. 2), dass die medizinische Folgenabschätzung – gerade, aber nicht nur im Bereich der Psychiatrie – eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195, 137 V 210 E. 3.4.2.3 S. 253; illustrativ dazu die Zwischenergebnisse der RELY-Studien, wonach die Reproduzierbarkeit in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mässig ausfiel, d.h. die Psychiater nur niedrige Übereinstimmung erzielten, wenn sie die Arbeitsfähigkeit von Patienten mit psychischen Störungen beurteilten [www.unispital-basel.ch/lehre-forschung/ebim-forschung-bildung/rely-studie/ergebnisse/]). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind die verschiedenen medizinisch-psychiatrischen Interpretationen denn auch zulässig und zu respektieren, sofern der Experte – wie in concreto – lege artis vorgegangen ist (statt vieler: Entscheid des BGer vom 23. Mai 2019, 9C_851/2018, E. 4.2.2 mit Hinweisen). Sodann lässt sich die unterschiedliche Folgenabschätzung allenfalls damit erklären, dass der Gutachter Dr. med. G. _____ die von ihm überzeugend festgestellte bewusstseinsnahe Aggravation mitberücksichtigte (vgl. AB 64.1/16, 64.1/20, 64.1/22-23, 64.1/25-26, 64.1/29), wogegen Dr. med. C. _____ seine Einschätzung unter der Prämisse abgab, es liege keine Aggravation vor (AB 79/71 Ziff. 7.3).

Insgesamt vermag das Privatgutachten von Dr. med. C. _____ die Einschätzungen und Schlussfolgerungen des vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters nicht derart zu erschüttern, dass davon abzuweichen wäre und weitere Abklärungen in Form eines Gerichtsgutachtens unabdingbar wären (vgl. Replik S. 3; BGE 125 V 351 E. 3c S. 354; SVR 2018 UV Nr. 26 S. 92 E. 4.1; antizipierte Beweismwürdigung [vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2]).

3.4 Nach dem Ausgeführten ist entsprechend dem beweiskräftigen Gutachten von Dr. med. G. _____ erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit Lehrabbruch (Sommer 2014 [AB 5/8-9]) in der bisherigen Tätigkeit im ... zu 80 % arbeitsfähig ist bzw. bei einer ganztägigen Präsenz aufgrund

vermehrten Betreuungsaufwands bei Defiziten in den Bereichen Anpassung an Regeln, Flexibilität, Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit eine Leistungseinschränkung von 20 % besteht (AB 64.1/29-30). In einer angepassten Tätigkeit mit strukturierten Aufgabenstellungen und einer stringenten, wohlwollenden Führung am Arbeitsplatz, idealerweise unter Berücksichtigung der Einschränkungen in den Bereichen Motivation, Durchhaltefähigkeit und Pünktlichkeit sowie der persönlichen Wünsche besteht hingegen seit der Schulzeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung (AB 64.1/30-31). Eine Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. E. 2.2 hiervor) erübrigt sich, da so oder anders kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. Entscheid des BGer vom 25. September 2018, 8C_241/2018, E. 7.5.2, wonach eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte auch aus einer Indikatorenprüfung nicht resultieren kann; vgl. E. 4 hiernach).

4.

4.1 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).

4.2 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 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person kon-

kret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). 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 den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

4.3 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 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Gestützt auf die Anmeldung zum Leistungsbezug vom 15. Dezember 2016 (AB 1) und Art. 29 Abs. 1 IVG liegt der frühest mögliche Rentenbeginn im Juni 2017, womit die Invaliditätsbemessung auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen ist.

4.4 Entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. 4) ist gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen (vgl. AB 64.1/31 Ziff. 8.4) sowie angesichts des im Jahr 2014 noch stattgehabten regelmässigen (vermehrten) Cannabiskonsums (vgl. AB 64.1/8, 79/44) nicht überwiegend wahrscheinlich (vgl. hierzu BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 138 V 218 E. 6 S. 221), dass sie die Lehre aus medizinischen Gründen abgebrochen hat (vgl. auch AB 31/4). Damit scheidet das Heranziehen des Tabellenlohns als ... als Valideneinkommen aus (vgl. Art. 26 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201] e contrario). Sodann war sie nach Ausbildungsabbruch auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr erwerbstätig (vgl. u.a. AB 5, 15), mithin schöpfte sie die vorhandene Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht aus, womit auch beim Invalideneinkommen auf Tabellenlöhne abzustellen ist.

Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Einkommensvergleich sowohl bezüglich des Validen- wie auch des Invalideneinkommens gestützt auf dieselben statistischen Werte (LSE, TA1, Totalwert im Kompetenzniveau 1, Frauen) vorgenommen hat (vgl. AB 78/1). In dieser Konstellation erübrigt sich die genaue Ermittlung des Invaliditätsgra-

des; dieser entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (hier 0 %) unter Berücksichtigung des von der Beschwerdegegnerin gewährten Abzugs vom Tabellenlohn von 5 % (AB 78/1; vgl. Entscheid des BGer vom 24. Juli 2014, 8C_450/2014, E. 7.3). Selbst bei Gewährung eines hier nicht gerechtfertigten maximalen Abzugs von 25 % resultierte kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiervor).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 27. März 2019 (AB 78) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

6.

6.1 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 gleicher Höhe entnommen.

6.2 Nach der Rechtsprechung können die Kosten eines Privatgutachtens, auf das sich der Entscheid der Rechtsmittelinstanz stützt, im Rahmen der Parteientschädigung zurückerstattet werden (RKUV 2004 U 503 S. 187 E. 5.1). Die Kosten eines von der versicherten Person selbst veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Versicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes

obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (SVR 2017 UV Nr. 17 S. 60 E. 5).

Da aufgrund des Dargelegten das seitens der Beschwerdeführerin veranlasste Parteigutachten von Dr. med. C. _____ vom 24. April 2019 (AB 79) das Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 14. Dezember 2018 (AB 64.1) nicht zu erschüttern vermag bzw. für den Verfahrensausgang nicht entscheidend ist, besteht kein Anspruch auf Erstattung dieser Kosten (vgl. Beschwerde S. 10-11 Ziff. 7).

6.3 Entsprechend dem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 5. September 2019)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.