

200 19 357 IV
LOU/GET/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. Juni 2020

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwalt C. _____
substituiert durch B. _____, Rechtsanwalt D. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

Pensionskasse E. _____
Beigeladene

betreffend Verfügung vom 25. März 2019



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A. _____ (ehemals ...; nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ... EFZ und bis Ende Mai 2016 als ... und ... bei der F. _____ AG im Umfang von 100% erwerbstätig, meldete sich im Juli 2016 unter Hinweis auf eine „Depression, Selbstverletzung, Posttraumatische Belastungsstörung [PTBS]“ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 5; 17 S. 1; 18 S. 3; 24 S. 1). Nachdem die IVB erwerbliche Abklärungen getätigt, Berichte behandelnder Ärzte beigezogen und Rücksprache bei med. pract. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), genommen hatte, gewährte sie der Versicherten ein Belastbarkeitstraining bei der Abklärungsstelle H. _____ (nachfolgend Abklärungsstelle H. _____ [act. II 50]), einen externen Arbeitseinsatz (mit Coaching durch die Abklärungsstelle H. _____) bei der I. _____ AG (dem ehemaligen Lehrbetrieb [vgl. act. II 5 S. 5]; nachfolgend I. _____ [act. II 59; 62; 67]) sowie als weitere Folgemaassnahme einen Arbeitsversuch daselbst (act. II 79). Mit Anstellungsvertrag vom 7. April 2018 (act. II 95) wurde die Versicherte von der I. _____ mit Wirkung ab 1. Mai 2018 als „... Teilzeit“ bei flexibler Handhabung der wöchentlichen Arbeitszeit im Stundenlohn angestellt, woraufhin die IVB die beruflichen Massnahmen mit Mitteilung vom 16. Mai 2018 (act. II 96) per 22. April 2018 abschloss und zur Prüfung weiterer Leistungsansprüche schritt. Nachdem sie Berichte behandelnder Ärzte eingeholt hatte, veranlasste die IVB bei Dr. med. J. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Begutachtung (Expertise vom 27. November 2018 [act. II 116.1]). Mit Vorbescheid vom 22. Januar 2019 (act. II 119) stellte die IVB die Verneinung eines Anspruchs auf Leistungen der IV mit der Begründung in Aussicht, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Rechtssinne vor. Daran hielt die IVB – nachdem die Versicherte hatte Einwand erheben lassen (act. II 128) – mit Verfügung vom 25. März 2019 (act. II 130) fest.

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch B._____, Rechtsanwalt C._____, dieser substituiert durch B._____, Rechtsanwalt D._____ (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3), mit Eingabe vom 9. Mai 2019 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25. März 2019 sei aufzuheben.
2. Es sei eine Invalidenrente zuzusprechen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 7. Oktober 2019 hält die Beschwerdeführerin an ihren beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren und vorgebrachten Standpunkten fest.

Mit Duplik vom 28. Oktober 2019 hält die Beschwerdegegnerin an ihren Rechtsbegehren und Ausführungen in der Beschwerdeantwort fest.

Die mit prozessleitender Verfügung des Instruktionsrichters vom 14. Mai 2020 zum Verfahren beigeladene Pensionskasse E._____ verzichtete auf die Einreichung einer Stellungnahme innert der ihr gewährten Frist bis zum 15. Juni 2020.

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 25. März 2019 (act. II 130). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente (vgl. Rechtsbegehren, Ziff. 2).

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.

Die Beschwerdeführerin rügt, die Beschwerdegegnerin habe ihr rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; Art. 42 ATSG) verletzt, indem sie die in der angefochtenen Verfügung vom 25. März 2019 (act. II 130) postulierte Abweichung von der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht hinreichend begründet respektive sich mit den entsprechenden Vorbringen im Vorbescheidverfahren nicht genügend auseinandergesetzt habe (vgl. Beschwerde, S. 5, Ziff. 5).

Die Beschwerdegegnerin hat in der nämlichen Verfügung die für die Leistungszusprache wesentlichen Begründungselemente bzw. rechtlichen Entscheidungsgrundlagen (vgl. act. II 130 S. 4) zwar dargelegt, jedoch allein sehr cursorisch und wenig einlässlich zu den massgeblichen Indikatoren Stellung genommen (S. 2). Ob die Beschwerdegegnerin damit die wesentlichen Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör bildende Begründungspflicht (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236) wirklich verletzte, kann jedoch offen bleiben, nachdem weder ersichtlich ist noch die Beschwerdeführerin geltend macht, dass ihr eine sachgerechte Anfechtung der Verfügung vom 25. März 2019 wegen des geltend gemachten Verfahrensmangels nicht möglich gewesen wäre. Im Übrigen kann nach der Rechtsprechung eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person, wie vorliegend, die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2019 IV Nr. 65 S. 210 E. 4.3). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels selbst dann abzusehen, wenn – was hier nicht zutrifft – von einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen wäre, führte die Rückweisung doch zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197; SVR 2019 AHV Nr. 7 S. 20 E. 3.1.1, 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2). Letzteres gilt vorliegend in Anbetracht des Umstands, dass die Beschwerdeführerin ausdrücklich einen materiellen Entscheid verlangt (vgl. Beschwerde, S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 2), erst recht.

Demnach wäre eine allfällige Gehörsverletzung im vorliegenden Beschwerdeverfahren ohne weiteres geheilt.

3.

3.1

3.1.1 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.1.2 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 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist jedoch 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).

3.1.3 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).

3.2

3.2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabebereich 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 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 Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.2.2 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) geltenden Bestimmungen (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f., 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351) analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHl 1998 S. 121 E. 1b).

3.3 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).

4.

4.1 Bis zum Erlass der – die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 25. März 2019 (act. II 130; BGE

131 V 242 E. 2.1 S. 243) präsentierte sich die (medizinische) Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

4.1.1 Vom ... bis ... 2016 war die Beschwerdeführerin in der Klinik K._____ AG hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 1. April 2016 (act. II 21 S. 1 – 6) wurden eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit Status nach mehrmaliger Selbstverletzung in fraglich suizidaler Absicht (ICD-10 X78) und eine PTBS nach schwerem Reitunfall 2001 und postoperativem Herzkreislaufstillstand (ICD-10: F43.1) diagnostiziert (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe mit dreizehn Jahren einen schweren Reitunfall gehabt und sich dabei unter anderem eine Orbitafraktur zugezogen. Nach der Revisionsoperation sei es zu einem Herzstillstand gekommen, wobei während drei Stunden eine Reanimation und eine Stabilisierung erfolgt seien. In dieser Phase habe sie ein „Nahtoderlebnis“ durchgemacht und sich dabei von aussen gesehen (S. 2). Die Arbeitsunfähigkeit betrage auf den bisherigen Arbeitsplatz bezogen bis vorerst Ende April 2016 100% (S. 5).

4.1.2 Mit zu Händen des Krankentaggeldversicherers erstelltem Gutachten vom 7. Juni 2016 (act. II 30.2) hielt Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) fest. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine akzentuierte Persönlichkeit gemischter Prägung (mit Anteilen emotionaler Instabilität als auch passiv-aggressiven Anteilen [S. 3]). Die arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnose der schweren depressiven Episode lasse sich zwangsfrei unter Anwendung des ICD-10-Manuals begründen. Die für die Arbeitsunfähigkeit nicht relevante Diagnose (akzentuierte Persönlichkeit) werde vermutlich von behandelnder Seite als die genannte PTBS interpretiert, wofür er nicht genügend Kriterien als erfüllt erkennen könne (S. 3 f.). Es bestehe für „keine Form einer Arbeit“ eine Arbeitsfähigkeit (S. 4).

4.1.3 Vom ... bis ... 2016 wurde die Beschwerdeführerin in der Tagesklinik der Privatklinik K._____ AG teilstationär weiterbehandelt (vgl. act. II 54 S. 1). Im Bericht vom 5. Januar 2017 (act. II 44) wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit akzentuierte Persönlichkeitszüge vom

emotional-instabilen Typus (ICD-10 Z73), eine ausgeprägte Identitätsstörung, Impulsivität, selbstverletzendes Verhalten, affektive Instabilität, chronisches Gefühl der inneren Leere, massive Anspannungszustände, nach aussen „überreguliert“, Defizite bei der Emotionswahrnehmung sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.2) und selbstverletzendes Verhalten durch Schneiden (ICD-10 X78) diagnostiziert (S. 2). Es beständen kognitive Einschränkungen bezüglich Konzentrationsfähigkeit; Aufmerksamkeit und Gedächtnisfunktion seien vermindert (S. 3). Ab sofort sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 50% möglich (S. 4).

4.1.4 Der RAD-Arzt med. pract. G._____ hielt im Bericht vom 16. Januar 2017 (act. II 48) fest, die Klinik beschreibe zwar „nur“ eine Persönlichkeitsakzentuierung, diese gehe aber mit Symptomen einher, die im Ausmass durchaus einer manifesten Persönlichkeitsstörung entsprächen, krankheitswertig seien und auch langanhaltend. Hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen der Beeinträchtigungen könne auf die Aussagen der Klinik abgestellt werden (S. 5).

4.1.5 Im Bericht der Abklärungsstelle H._____ vom 26. April 2017 (act. II 60) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe das am 23. Januar 2017 aufgenommene, (kontinuierlich) auf 50% erhöhte Pensum (bei der Berner Brocki der Abklärungsstelle H._____) von aussen betrachtet problemlos umsetzen können, was sie bestätigt habe. Bis zum Ende des dreimonatigen Belastbarkeitstrainings habe eine Erhöhung der Belastbarkeit im Arbeitsalltag beobachtet werden können. Sie habe anstehende Aufträge selbständig geplant und durchgeführt. Zudem habe die Beschwerdeführerin weitere Mitarbeiter in die unterschiedlichen Arbeitsschritte eingeführt und in der Ausführung unterstützt (S. 2). Zur Vermittelbarkeit hielten die Eingliederungsfachpersonen fest, der Schritt in die freie Marktwirtschaft sei zu gross, ein begleiteter externer Arbeitseinsatz im ersten Arbeitsmarkt jedoch realistisch (S. 3).

Mit weiterem – den am 24. April 2017 begonnenen externen Arbeitseinsatz bei der I._____ betreffenden – Bericht der Abklärungsstelle H._____ vom 14. November 2017 (act. II 82) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe die Belastbarkeit gehalten. Die Leistungsfähigkeit habe sie insofern erbracht, als die Inhaber der I._____ bei den Coachings immer

wieder betont hätten, dass sie die Beschwerdeführerin noch nicht voll belasteten, sie auch schonen und ihr signalisieren würden, dass sie bestimmen könne, wie viel sie sich zumute. Jedoch sagten die Inhaber auch stets aus, dass sich die Beschwerdeführerin sehr dienstleistungsorientiert und wirtschaftlich zeige und grosses Interesse habe, die Kunden gut zu bedienen und auch guten Gewinn zu generieren. Es werde die Fortsetzung des Arbeitsversuchs empfohlen (S. 3).

4.1.6 Med. pract. Regina Stöcklin, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 19. Dezember 2017 (act. II 85) – wohl irrtümlich unter „Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit“ aufgeführt – eine komplexe PTBS (ICD-10 F43.1) mit/bei rezidivierender depressiver Störung, aktuell leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F33.2), Selbstverletzungen, dissoziativer Störung (ICD-10 F44.7), Reitunfall mit Gesichtsschädelfrakturen mit Herzstillstand nach chirurgischer Intervention und dreistündiger Reanimation 2001, Status nach Alkoholabusus (S. 2). Die Arbeitsunfähigkeit habe vom 1. Februar 2017 „bis heute“ 100% betragen, bezogen auf den freien Arbeitsmarkt. Im von der IV unterstützten Arbeitsversuch bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (S. 5).

Im Bericht vom 10. April 2018 (act. II 91) hielt med. pract. Stöcklin fest, der Gesundheitszustand habe sich nicht wesentlich verändert, er sei zwischen schwankend und leicht verbessert (S. 1). Eine Präsenzzeit von 8 Stunden pro Tag sei zumutbar unter der Voraussetzung, dass die Beschwerdeführerin nach maximal zwei Arbeitstagen einen Tag zur Erholung zur Verfügung habe. Dies ergebe eine Präsenzzeit von durchschnittlich 24 Stunden pro Woche (S. 2).

4.1.7 Im Bericht der Abklärungsstelle H. _____ vom 11. April 2018 (act. II 94) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin arbeite im Schnitt mit einem Pensum von 50%, zeitweilig gebe es Wochen, in welchen sie 60% arbeite. Auch berichte sie, dass sie in einer Woche (wegen Krankheitsausfall) zu 90% habe arbeiten müssen, was für sie definitiv zu viel gewesen sei. Sie habe mehrere Tage benötigt, um sich davon zu erholen. Es sei ihr psychisch wieder schlechter gegangen, was zur Folge gehabt habe, dass sie sich bei Engpässen nicht mehr flexibel habe zeigen und einspringen können.

Daher sei das Pensum vorerst auch so belassen worden. Die Beschwerdeführerin werde als psychisch stabiler wahrgenommen. Dennoch sei wichtig zu erwähnen, dass ein Pensum von mehr als maximal 60% aktuell nicht realistisch sei. Ihr Vorgesetzter habe mitgeteilt, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsleistung habe steigern können. Jedoch sei diese noch nicht ganz auf dem durchschnittlichen Niveau seiner Angestellten. Er habe dies damit begründet, dass sie im Bürobereich neu eingeführt worden sei. Punkto Belastbarkeit meine er, dass die Beschwerdeführerin soweit auch Fortschritte erzielt hätte. Er prognostiziere, dass sie in etwa sechs Monaten eine gleiche Belastbarkeit erlangen könne, wie ihre Arbeitskolleginnen. Insofern beurteile der Geschäftsinhaber die aktuelle Belastbarkeit auf 60% (bei einem Beschäftigungsgrad von 50%). Auch er gehe davon aus, dass das Pensum mittelfristig nicht erhöht werden könne. Er sei bereit, die Beschwerdeführerin ab dem ... 2018 im Stundenlohn anzustellen. Durchschnittlich werde sie ein Pensum von 50% erreichen (S. 3).

4.1.8 Med. pract. G. _____ hielt im Bericht vom 8. August 2018 (act. II 105) fest, es sei insgesamt ein recht erfolgreicher Eingliederungsverlauf dargestellt, wobei aber unklar bleibe, was letztendlich der Gesundheitsschaden sei und ob dieser Gesundheitsschaden es rechtfertige, mit dem Eingliederungsergebnis (Pensum 50%) zufrieden sein zu können. Insbesondere die bestehenden diagnostischen Unklarheiten erforderten eine psychiatrische Begutachtung (S. 1).

4.1.9 Dr. med. J. _____ hielt im psychiatrischen Gutachten vom 27. November 2018 (act. II 116.1) die folgenden Diagnosen fest (S. 21):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit/bei Status nach schwerer depressiver Episode 01/16 (ICD-10 F32.2) ohne psychotische Symptome
- Störung der Emotionsregulation mit Tendenz zu selbstverletzendem Verhalten (ICD-10 Z73)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- keine

In der Beurteilung hielt Dr. med. J. _____ fest, in der aktuellen Untersuchung hätten eine leicht niedergedrückte Stimmung bei erhaltender affektiver Auslenkbarkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Zukunftsängste, eine Somatisierungstendenz, eine reduzierte Belastbarkeit sowie eine Störung der Emotionsregulation objektiviert werden können. Diese Symptomatik sei durch die genannten Diagnosen vollumfänglich erklärbar. Es sei davon auszugehen, dass die Symptomatik hinsichtlich der depressiven Episode bei Ende der stationären Behandlung bereits nur noch mittelgradig vorhanden gewesen sei, wie auch in den entsprechenden Arztberichten dokumentiert sei (S. 22). Sodann besitze die Beschwerdeführerin ein hohes Mass an Funktionalität, weshalb die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht zu stellen sei. Dennoch habe sie eine Störung der Emotionsregulation (S. 23). Sodann sei es – entgegen den Vorberichten – bei der Entfernung des Osteosynthesematerials 2002 nicht zu einem Herzstillstand gekommen und es sei keine Reanimation erfolgt (S. 20), weshalb die Diagnose einer (komplexen) PTBS nicht zu stellen sei (S. 25 f.). Im Abschlussbericht des Jobcoachings vom April 2018 sei ein maximal 60%iges Pensum in der Tätigkeit im ehemaligen Lehrbetrieb als realistisch bewertet worden. Aufgrund der aktuellen Symptomatik sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der aktuellen Tätigkeit zu 60% ohne Leistungsminderung arbeitsfähig sei. Dabei handle es sich bereits um eine angepasste Tätigkeit, da die Beschwerdeführerin keine Kaderposition mehr wahrnehme. Da sie in dieser Tätigkeit ihre Fachkompetenz und ihre Erfahrung einbringen könne, sei nicht davon auszugehen, dass sie in einer anderen Tätigkeit eine relevant höhere Arbeitsleistung erbringen könne (S. 26 f.). Diese Einschätzung gelte ab April 2018 (S. 30).

4.2

4.2.1 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).

4.2.2 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).

4.3 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. J. _____ vom 27. November 2018 (act. II 116.1) erfüllt grundsätzlich die Voraussetzungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte (vgl. E. 4.2.2 vorne) und es lassen sich gestützt auf diese Expertise die vorliegend relevanten Tat- und Rechtsfragen zuverlässig und abschliessend beurteilen (vgl. E. 4.2.1 vorne). Dies anerkennt – anders als noch im Vorbescheidverfahren (act. II 128 S. 1 – 3) – nun auch die Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 4, Ziff. 3).

4.4 Dr. med. J. _____ erachtete die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin mit Führungsaufgaben als nicht mehr geeignet. In einer den Leiden angepassten Tätigkeit, welche der aktuell ausgeübten entspreche, attestierte sie eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit (act. II 116.1 S. 26 f.). Zu prüfen bleibt, ob diese Einschätzung eine Invalidität (vgl. E. 3.1.1 vorne) begründet, d.h. aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht massgeblich ist.

5.

5.1

5.1.1 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).

5.1.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines 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).

5.1.3 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Trifft dies zu, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktionaler 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 die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

5.2

5.2.1 Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307). Eine davon losgelöste Parallelüberprüfung „nach besserem juristischen Wissen und Gewissen“ darf jedoch nicht stattfinden. Vielmehr ist im Rahmen der Beweiswürdigung zu fragen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

5.2.2 Zur Grenzziehung zwischen der freien Überprüfung durch die rechtsanwendende Stelle in Anwendung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 auf der einen und unzulässiger juristischer Parallelbeurteilung auf der anderen Seite hat das Bundesgericht Folgendes festgehalten: Von einer *lege artis*, normorientierten, d.h. nach Massgabe von BGE 141 V 281 erfolgten medizinischen Schätzung ist aus triftigen Gründen abzuweichen. Solche liegen vor, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt. Dabei ist zu beachten, dass die ärztliche Beurteilung Ermessenszüge aufweist, die auch den Rechtsanwender begrenzen. Für die Prüfung der Frage, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und

nachvollziehbar begründet haben, ist erforderlich, dass die Sachverständigen substantiiert darlegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Insbesondere hat der medizinisch-psychiatrische Sachverständige darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders Bestand haben (BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 368). Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

5.3 Die von Dr. med. J._____ gestellten Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) mit/bei Status nach schwerer depressiver Episode 01/16 (ICD-10 F32.2) ohne psychotische Symptome sowie Störung der Emotionsregulation mit Tendenz zu selbstverletzendem Verhalten (ICD-10 Z73) sind in Bezug auf die klassifikatorischen Vorgaben formal grundsätzlich nachvollziehbar begründet (act. II 116.1 S. 21 – 23; E. 3.1.2 und E. 5.1.2 vorne; vgl. jedoch E. 5.4.1 hinten). Ferner hat Dr. med. J._____ mit überzeugender und nachvollziehbarer Begründung das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung verneint (vgl. S. 23). Dasselbe gilt in Bezug auf die von den behandelnden Ärzten bisweilen gestellten (vgl. E. 4.1 vorne), jedoch auch bereits von Dr. med. L._____ ausdrücklich verworfenen (act. II 30.2 S. 3 f.) Diagnose einer (komplexen) PTBS (act. II 116.1 S. 23 – 26). Indem Dr. med. J._____ – in Übereinstimmung mit der übrigen Aktenlage – sodann keine Hinweise für Aggravation oder Simulation feststellte (S. 17), ist das Vorliegen von Ausschlussgründen zu verneinen (vgl. E. 5.1.3 vorne). Dr. med. J._____ hat sich in ihrer Expertise jedoch nur ansatzweise an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert (vgl. Entscheid des

Bundesgerichts [BGer] vom 7. Februar 2020, 8C_423/2019, E. 3.2.3 e contrario), weshalb ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit bereits deshalb von den Organen der Rechtsanwendung vertieft zu prüfen sind (vgl. E. 5.2 vorne).

5.4

5.4.1 Zur Kategorie „funktioneller Schweregrad“ und zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) ist Folgendes festzuhalten: Gemäss dem Gutachten von Dr. med. J. _____ war die affektive Auslenkbarkeit erhalten, die Stimmung leicht gedrückt, jedoch bestand keine schwere Auslenkung in die negative Richtung. Der Antrieb war in der Untersuchungssituation nicht vermindert, der Gedankengang formal und inhaltlich korrekt. Während der Untersuchung waren keine Konzentrations- oder Auffassungsstörungen objektivierbar, ebenso wenig ein Hyperarousal, Flashbacks, emotionale Abgestumpftheit. Weiter stellte die Gutachterin ein vermindertes Selbstwertgefühl sowie Zukunftsängste fest. Vereinzelt träten in spezifischen Situationen Panikattacken auf, welche die Beschwerdeführerin meide (Kino, Flugzeug). Es beständen keine Hinweise auf Ich-Störungen, Wahnideen, Halluzinationen oder Zwänge. Weiter führte Dr. med. J. _____ als Befunde wiederholt auftretende Zustände starker innerer Anspannung, Defizite in der Emotionsregulation mit Neigung zu selbstverletzendem Verhalten zur Spannungsregulation (schneiden, Alkohol, Tabletten), Schuldgefühle sowie reduzierte Belastbarkeit auf. Freudlosigkeit, Interessensverlust, dissoziative Phänomene, Derealisation und Hoffnungslosigkeit seien nicht vorhanden. Hingegen bestehe eine leichte Somatisierungstendenz; jedoch beständen keine Gleichgültigkeit gegenüber anderen Personen, keine Teilnahmslosigkeit an der Umgebung, keine Suizidgedanken und keine Hinweise für akute Selbst- oder Fremdgefährdung (act. II 116.1 S. 17).

Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (Beschwerdeantwort, S. 3, Ziff. 9), präsentierten sich namentlich die depressionsbezogenen Befunde anlässlich der Begutachtung als nicht erheblich ausgeprägt und sie stehen in einem erheblichen Kontrast zur diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1). Insbesondere wurden ein mangelnder Antrieb und ein Interessensverlust ausdrücklich verneint (vgl. jedoch hierzu

DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 172 f.) und empfand bzw. empfindet die Beschwerdeführerin gerade in Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit viel Freude (vgl. act. II 60 S. 2; 85 S. 11). Die basierend auf der Aktenlage sowie den Angaben der Beschwerdeführerin weiter aufgeführten Zustände starker innerer Anspannung, Defizite in der Emotionsregulation mit Neigung zu selbstverletzendem Verhalten zur Spannungsregulation (schneiden [anamnestisch letztmals im Juni 2018 [act. II 116.1 S. 10], Alkohol, Tabletten), Schuldgefühle und reduzierte Belastbarkeit erreichen ausdrücklich zudem nicht ein Ausmass, welches die Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung rechtfertigen würde (vgl. S. 23), weshalb auch insoweit von keiner erheblichen Ausprägung der Befundlage auszugehen ist. Die von den behandelnden Ärzten als in Bezug auf eine berufliche Tätigkeit namentlich einschränkend beschriebenen Konzentrationsstörungen und verminderte Aufmerksamkeit und Gedächtnisfunktion (vgl. act. II 31 S. 3; 44 S. 3) liessen sich anlässlich der Begutachtung nicht mehr feststellen. Ergänzend ist sodann auf die von Dr. med. J. _____ berücksichtigten Resultate gemäss Mini-ICF-Rating (für Aktivitäts- und Partizipations-beeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen) hinzuweisen: Demnach ist die Beschwerdeführerin in sieben der dreizehn Fähigkeitsdimensionen nicht beeinträchtigt (act. II 116.1 S. 18 f.; 116.3). Einzig bei den Items „Flexibilität und Umstellbarkeit“ sowie „Durchhaltevermögen“ bestehen mittelgradige Beeinträchtigungen, wohingegen bei den Fähigkeiten „Anwendung fachlicher Kompetenzen“, „Selbstbehauptungsfähigkeit“, „Familiäre und intime Beziehungen“ sowie „Selbstpflege“ lediglich leichte Beeinträchtigungen vorliegen. Auch dies korrespondiert nicht mit dem gutachterlich attestierten, relativ hohen Arbeitsunfähigkeitsgrad von 40%.

5.4.2 In Bezug auf den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299) ist Folgendes festzuhalten:

5.4.2.1 Nach der Rechtsprechung sagt die Therapierbarkeit eines Leidens für sich allein nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung aus (BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 412). Gleichwohl gilt die Frage, ob

eine Therapie durchgeführt wird, als Indiz für den Leidensdruck der versicherten Person und damit den Schweregrad der Störung (BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 412 und E. 4.4 S. 414).

Vom ... bis ... 2016 liess sich die Beschwerdeführerin in der Klinik K._____ stationär und anschliessend vom ... bis ... 2016 teilstationär psychiatrisch behandeln (act. II 21 S. 1 – 6; 54 S. 1). Ab Januar 2017 erfolgte die (ambulante) Behandlung durch die Psychiaterin med. pract. Stöcklin (act. II 85 S. 2, 5). Dr. med. J._____ hielt in ihrem Gutachten fest, die Beschwerdeführerin profitiere von der Weiterführung der ambulanten Therapie. Hierbei sollte der Fokus auf die antidepressive Therapie sowie das Training der Emotionsregulation gelegt und eine Psychopharmakotherapie allenfalls optimiert werden (act. II 116.1 S. 27). Damit erweist sich die psychische Beeinträchtigung zwar weiterhin einer Behandlung zugänglich – wobei diese medikamentös noch optimierbar ist –, jedoch lässt sich daraus entgegen der offenbar angenommenen Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. Beschwerdeantwort, S. 4, Ziff. 13) nach der hiervor dargelegten Rechtsprechung nicht ohne weiteres auf eine fehlende Invalidität schliessen.

5.4.2.2 Sodann ergeben sich Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung auch aus der Eingliederung im Rechtssinne, hat sich die versicherte Person in beruflicher Hinsicht doch primär selbst einzugliedern und, soweit angezeigt, an entsprechenden Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen teilzunehmen. Fallen solche Massnahmen nach ärztlicher Einschätzung in Betracht, bietet die Durchführungsstelle dazu Hand und nimmt die rentenansprechende Person dennoch nicht daran teil, gilt dies als starkes Indiz für eine nicht invalidisierende Beeinträchtigung. Umgekehrt kann eine trotz optimaler Kooperation misslungene Eingliederung im Rahmen einer gesamthaften, die jeweiligen Umstände des Einzelfalles berücksichtigenden Prüfung bedeutsam sein (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 300).

Die Beschwerdeführerin hat an diversen Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen der Beschwerdegegnerin teilgenommen, nach deren Abschluss sie mit Anstellungsvertrag vom 7. April 2018 (act. II 95 S. 2) sowie mit Wirkung ab 1. Mai 2018 als „... Teilzeit“ bei der I._____ angestellt wurde. Damit liegt offensichtlich keine Eingliederungsresistenz vor

(Beschwerdeantwort, S. 3, Ziff. 9), vielmehr manifestiert das Durchlaufen und der in ein Anstellungsverhältnis mündende Abschluss der Eingliederungsmassnahmen grundsätzlich das Bestreben der Beschwerdeführerin, die psychischen Beeinträchtigungen zu überwinden.

Dr. med. J. _____ orientierte sich bei der Einschätzung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit an der „aktuellen Symptomatik“ (vgl. act. II 116.1 S. 26 f.) – welche jedoch dem Dargelegten zufolge die attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht hinreichend zu plausibilisieren vermag (vgl. E. 5.4.1 vorne) – und an den Ergebnissen der beruflichen Eingliederungsmassnahmen. Was Letzteres anbelangt, so gilt es rechtsprechungsgemäss zu beachten, dass die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung obliegt, zumal wenn im Verlaufe der Eingliederungsmassnahmen keine enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung vorlag (vgl. Entscheid des BGer vom 27. Juni 2018, 8C_48/2018, E. 4.3.1).

Vorliegend erfolgte nach Abschluss des Belastbarkeitstrainings in der Abklärungsstelle H. _____ im April 2017 (mit einer Pensumerhöhung auf 50%) durch den RAD keine medizinisch-theoretische Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens. Vielmehr lag die weitere berufliche Eingliederung in der Hand der Eingliederungsfachpersonen, welche einen begleiteten Arbeitseinsatz empfahlen, wobei die Beschwerdeführerin diese – bei ihrem früheren Lehrbetrieb, der I. _____, durchgeführte – berufliche Massnahme grösstenteils selber organisierte (act. II 60 S. 3). Dabei wurde ein konstantes Arbeitspensum von 50% (act. II 61) bzw. eine Steigerung „nach Absprache“ (act. II 66) vereinbart. Aus dem Bericht der Abklärungsstelle H. _____ vom 14. November 2017 (act. II 82) geht jedoch hervor, dass die Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin darauf bedacht war, diese zu schonen bzw. ihr zu signalisieren, dass sie bestimmen könne, wie viel sie sich zumute (vgl. S. 3). Kann zu Beginn der Eingliederungsmassnahmen (im Sinne des Belastbarkeitstrainings) die Einschränkung der Leistungsfähigkeit noch medizinisch-theoretisch nachvollzogen werden (vgl. act. II 48 S. 5), so basierte sie im weiteren Verlauf respektive ab dem externen Arbeitseinsatz

massgeblich auf dem von der Beschwerdeführerin kommunizierten subjektiv Möglichen, welches von der Arbeitgeberin denn auch als massgeblich erachtet respektive entsprechend umgesetzt wurde. Im (von Dr. med. J. _____ referierten) Schlussbericht der Abklärungsstelle H. _____ vom 11. April 2018 (act. II 94) wurde entsprechend ein Pensum von mehr als 60% als nicht realistisch beurteilt, wobei dies ausschliesslich auf der Einschätzung der Arbeitgeberin beruhte (vgl. S. 3). Eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 40% ist dadurch nicht erstellt. Auch wurden die Leistungen der Beschwerdeführerin qualitativ stets als sehr gut beurteilt, wobei die für das Coaching zuständige Eingliederungsfachperson in einer an die Beschwerdegegnerin gerichteten E-Mail vom 29. Juni 2017 (act. II 68 S. 1) festhielt, sie habe heute „(unauffällig) beobachten“ können, dass die Beschwerdeführerin die Kunden sehr zuvorkommend, unaufdringlich und souverän bediene. Auch wenn berücksichtigt wird, dass die geltend gemachten psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin für Dritte nicht ohne weiteres auf Anhieb erkennbar sind, so manifestieren ihre guten Leistungen bei den Eingliederungsmassnahmen auch ihre Fähigkeit, die Beschwerden zu überwinden. Mit Blick auf die dargelegten Umstände lassen sich die bescheinigte 40%ige Arbeitsunfähigkeit damit eingliederungsanamnestisch nicht hinreichend plausibilisieren und eine (teilweise) Invalidität nicht erhärten.

5.4.3 Aus dem Gutachten von Dr. med. J. _____ ergeben sich keine Hinweise auf eine erhebliche ressourcenraubende (somatische oder) psychische Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300). Insbesondere hat Dr. med. J. _____ mit überzeugender Begründung das Vorliegen sowohl einer Persönlichkeitsstörung als auch einer (komplexen) PTBS verneint (vgl. E. 5.3 vorne). Sodann fällt die als Z-Diagnose klassifizierte Störung der Emotionsregulation mit Tendenz zu selbstverletzendem Verhalten (ICD-10 Z73) nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Entscheid des BGer vom 12. November 2019, 9C_542/2019, E. 3.2; vgl. jedoch E. 5.4.4 sogleich).

5.4.4 In Bezug auf den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) hielt Dr. med. J. _____ in ihrem Gutachten fest, bei der Beschwer-

deführerin sei kein stabiles Verhaltensmuster zu nennen, das in unterschiedlichen Lebensbereichen konstant auftrete. Sie besitze ein hohes Mass an Funktionalität. Sie habe Schule und berufliche Qualifikationen erfolgreich abschliessen und neun Jahre in einer Kaderposition mit hohem Verantwortungsbereich arbeiten können. Diese Arbeit habe auch hohe Ansprüche an die soziale Kompetenz gehabt, da sie mit Führungsaufgaben und vielen zwischenmenschlichen Interaktionen verbunden gewesen sei. Dies habe die Beschwerdeführerin lange Zeit gut bewältigen können, weshalb die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht zu stellen sei. Dennoch habe die Beschwerdeführerin eine Störung der Emotionsregulation. Zum einen sei sie gegenüber ihren Gefühlen sehr reguliert nach aussen. Zum anderen leide sie wiederholt unter starken Spannungszuständen, die die Beschwerdeführerin insbesondere über selbstschädigendes Verhalten (Alkohol, Selbstverletzungen) abmildere. Die Beschwerdeführerin habe Defizite, ihre Emotionen über konstruktive Lösungen zu regulieren. Dennoch erreiche diese Symptomatik kein Ausmass, das die Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung rechtfertigen würde (act. II 116.1 S. 23).

Aufgrund dieser Darlegungen liegen keine ausgeprägten negativen Auswirkungen der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin vor. Zwar schränken die der Störung der Emotionsregulation zugeschriebenen Symptome das funktionelle Leistungsvermögen situativ ein. Dauerhafte und erhebliche ressourcenhemmende Eigenheiten werden ihnen jedoch nicht zuteil.

5.4.5 In Bezug auf den Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) folgt aus den Akten zwar, dass die Beschwerdeführerin zu den Eltern und Geschwistern keinen oder nur wenig Kontakt hat (vgl. act. II 54 S. 2; 116.1 S. 8, 12 f.). Hingegen lebt die Beschwerdeführerin seit Anfang 2017 zusammen mit ihrem Partner (act. II 85 S. 3; 116.1 S.15). Sie ist mittlerweile verheiratet und schwanger (vgl. Replik, S. 3, Ziff. 6). Auch verfügt sie über einen Freundinnenkreis (vgl. act. II 54 S. 4; 116.1 S. 15; 116.2 S. 2) und eine Cousine steht ihr gemäss eigenen Angaben nahe (act. II 54 S. 4). Soweit in den Berichten der behandelnden Ärzte ein sozialer Rückzug festgestellt wurde, wurde dieser allein als leicht (act. II 21 S. 5; 85 S. 4) oder

gering (act. II 128 S. 8) qualifiziert; anderweitig wurde das soziale Netz hingegen als gut beurteilt (act. II 116.2 S. 2). Insgesamt hält der Lebenskontext der Beschwerdeführerin – insbesondere in Form einer Partnerschaft und eines Freundinnenkreises – auch erhebliche (mobilisierbare) Ressourcen für die Bewältigung der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung bereit.

5.4.6 Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) ist mit Blick auf den Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) Folgendes festzuhalten:

5.4.6.1 Zum Tagesablauf der Beschwerdeführerin hielt Dr. med. J. _____ im Gutachten vom 27. November 2018 fest, an Arbeitstagen stehe sie um 0745 Uhr auf, mache sich fertig und gehe zur Arbeit. Ein Frühstück würde es nicht geben. Die Beschwerdeführerin fahre mit dem Auto zur Arbeit. Während der Arbeit übernehme sie Aufgaben im Laden und im Büro. Den Abend verbringe sie oft zuhause, spreche mit dem Partner, manchmal koche er das Abendessen. Wenn die Beschwerdeführerin alleine sei, gebe es meist ein einfaches Abendessen. Am Abend würde sie nicht mehr viel unternehmen. Sie würde fernsehen, duschen und dann ins Bett gehen. An freien Tagen stehe sie gegen 0900 Uhr auf, je nachdem, wie stark die Rückenschmerzen seien. Dann habe sie „meist immer“ Termine: Psychiaterin, Neuraltherapie. Ein- bis zweimal in der Woche hüte sie einen Hund. Manchmal treffe sie eine Freundin. Manchmal sei sie auch so erschöpft, dass sie an freien Tagen zuhause bleibe. Die Arbeiten im Haushalt würde sich die Beschwerdeführerin mit ihrem Partner teilen. Wenn sie alleine sei, müsse sie die Arbeit gut einteilen, damit es nicht zuviel werde (act. II 116.1 S. 15). Die Beschwerdeführerin würde verschiedene Dinge gegen die Spannung vornehmen: So versuche sie, darüber zu sprechen, versuche, raus zu gehen. Auch hüte sie einen Hund, mache Sport (...) und lese häufig (act. II 116.1 S. 10). Im Bericht der Klinik K. _____ AG vom 15. Februar 2017 wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin nenne als Ressourcen Zeichnen, Musik hören, lesen und ihren Hund (act. II 54 S. 4). Anderweitig geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin auch ... betreibt (act. II 116.2 S. 5).

Die Schilderungen der Beschwerdeführerin präsentieren zunächst einen weitgehend normalen Tagesablauf und es sind keine Besonderheiten

ersichtlich, welche insoweit auf erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen in der Leistungsfähigkeit schliessen lassen oder solche zu erhärten vermöchten. Insbesondere ist nicht erkennbar und die Beschwerdeführerin macht dies auch nicht geltend, dass sich wesentliche Veränderungen in Bezug auf die Verhältnisse vor Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung ergeben hätten. Dies gilt auch hinsichtlich der Freizeitaktivitäten, gab die Beschwerdeführerin anlässlich des Erstgesprächs gegenüber der Beschwerdegegnerin doch an, bereits vor Eintritt der psychischen Beschwerden „nie viel Hobbies“ gehabt zu haben. Ihr Hobby sei die Arbeit gewesen und früher das ..., was sie aus Zeitgründen aufgegeben habe (act. II 17 S. 2). Insofern belegen die aktenkundigen aussererwerblichen Aktivitäten der Beschwerdeführerin zum einen keine invaliditätsbedingte Reduktion in Bezug auf alltägliche Lebensverrichtungen oder Freizeitaktivitäten. Zum andern fällt auf, dass die Beschwerdeführerin auch weiterhin diversen Interessen und Hobbies nachgeht und daraus offensichtlich auch Ressourcen schöpfen kann. Dies ist insofern von Belang, als Dr. med. J. _____ diesen Aspekt bei der von ihr bescheinigten medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit von 40% nicht berücksichtigt bzw. diskutiert hat und entsprechend auch keine Diskussion der Konsistenz erfolgte.

5.4.6.2 In Anbetracht der nicht wesentlich ausgeprägten diagnoserelevanten Befunde (vgl. E. 5.4.1 vorne) sowie unter Berücksichtigung eines im Wesentlichen intakten sozialen Netzes (vgl. E. 5.4.5 vorne) und des sowohl im Administrativgutachten wie in den übrigen Akten dokumentierten weitgehend normalen Aktivitätenniveaus im aussererwerblichen Bereich (vgl. E. 5.4.6.1 vorne), erweist sich eine (auch nur partiell) unüberwindbare Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens im erwerblichen Kontext respektive in Bezug auf den als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG), welcher gekennzeichnet ist durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und einem Fächer verschiedenster Tätigkeiten sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 66 E. 4.2), als nicht hinreichend plausibilisiert. Dies gilt auch unter Einbezug des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch

ausgewiesenen Leidensdrucks (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304): Zwar ist aufgrund der in Anspruch genommenen Behandlungen ein gewisser Leidensdruck plausibel (vgl. E. 5.4.1.1 vorne), jedoch vermag die Beschwerdeführerin aus den durchgeführten Eingliederungsmassnahmen, bei welchen sie kooperativ mitgewirkt hat, unter den dargelegten Umständen nichts zu ihren Gunsten abzuleiten (vgl. E. 5.4.1.2 vorne).

5.5 Zusammenfassend ist – im Lichte der Standardindikatoren von BGE 141 V 281 respektive einer objektivierten Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. E. 3.1.2 vorne) – die im Gutachten von Dr. med. J. _____ attestierte Arbeitsunfähigkeit respektive Einschränkung der Leistungsfähigkeit und folglich eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Invalidität unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten nicht plausibilisiert und unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der Beschwerdeführerin (vgl. E. 5.2.2 vorne) rechtlich nicht ausgewiesen. Eine Invalidität im Rechtssinne ist somit gestützt auf das Gutachten von Dr. med. J. _____ nicht erstellt (vgl. E. 3.1.1 vorne).

5.6 Die Einschätzung im Administrativgutachten gilt ab April 2018 (act. II 116.1 S. 30) respektive für die Zeit ab Abschluss der Eingliederungsmassnahmen pro April 2018 (vgl. act. II 96 S. 1). Der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns ist mit Blick auf die im Juli 2016 erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug (act. II 5 S. 8) sowie in Anbetracht der ab Januar 2016 attestierten Arbeitsunfähigkeit (act. II 8) jedoch der Januar 2017 (Art. 28 Abs. 1 lit. b i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG). Zu prüfen ist, wie es sich mit dem Vorliegen einer Invalidität für die Zeit zwischen Januar 2017 und März 2018 verhält.

5.7

5.7.1 In ihrem Gutachten vom 27. November 2018 hielt Dr. med. J. _____ zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit fest, die Beschwerdeführerin sei in der Zeit vom ... 2016 bis ... 2016 stationär und in der Zeit vom ... 2016 bis ... 2016 teilstationär behandelt worden. Es sei nicht davon auszugehen, dass in der Zeit zwischen den Behandlungen eine relevante Arbeitsfähigkeit

bestanden habe. Während der stationären und teilstationären Behandlung sei rein formell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Im Rahmen des Belastbarkeitstrainings habe per Ende April 2017 ein 50%iges Pensum erzielt werden können. Ab Abschluss des Trainings sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit anzunehmen, mit einer Leistungsminderung von 30%.

5.7.2 Die für die Zeit während der Hospitalisationen attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit ist mit Blick auf die gleich lautenden Einschätzungen von Dr. med. L. _____ im Gutachten vom 7. Juni 2016 (act. II 30.2 S. 4) und dem RAD-Arzt med. pract. G. _____ (act. II 48 S. 5) nachvollziehbar. Ebenso als schlüssig erweist sich die Annahme einer nach Abschluss des Belastbarkeitstrainings Ende April 2017 (act. II 60 S. 3) basierend auf einem gebesserten psychischen Gesundheitszustand wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit im Sinne einer anspruchsrelevanten Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen (vgl. E. 3.2.2 vorne). Bei einer bis April 2017 andauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten besteht demnach für die Zeit ab Januar 2017 bis und mit Juli 2017 (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. E. 3.2.1 vorne). Die ab April 2017 bescheinigte 50%ige Arbeitsunfähigkeit mit zusätzlicher 30%iger Leistungsminderung und in der Folge eine Invalidität sind demgegenüber aufgrund der Akten nicht erstellt (vgl. E. 5.4, insbesondere E. 5.4.2.2 vorne), zumal sich auch für diese Zeit keine Hinweise für eine wesentliche gesundheitlich bedingte Einschränkung des aussererwerblichen Aktivitätenniveaus in den Akten auffinden lassen (vgl. E. 5.4.6 vorne). Dass der Beschwerdeführerin berufliche Eingliederungsmassnahmen zugesprochen wurden, stellt keinen Widerspruch dar, da deren Gewährung allein eine Bedrohung durch Invalidität voraussetzt (vgl. Art. 8 Abs. 1 IVG).

Damit besteht ab August 2017 mangels Vorliegens einer Invalidität im Rechtssinne kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mehr.

5.8 Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als der Beschwerdeführerin von Januar 2017 bis und mit Juli 2017 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen ist. Soweit weitergehend, ist die Beschwerde abzuweisen.

5.9 Die Beschwerdeführerin bezog vom 23. Januar bis 23. April 2017 Taggelder der IV (act. II 50; 53), weshalb die Beschwerdegegnerin deren Verrechnung mit den Rentenleistungen zu prüfen hat (vgl. Art. 22 Abs. 5^{bis} IVG und Art. 20^{ter} IVV).

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. Eine Aufteilung der Verfahrenskosten nach Massgabe des – an den Parteianträgen gemessenen – bloss teilweisen Obsiegens ist nicht vorzunehmen (Beschluss der erweiterten Abteilungskonferenz vom 13. Oktober 2009).

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens demnach die teilweise unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

6.2

6.2.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Dabei rechtfertigt der Umstand des bloss teilweisen Obsiegens keine Reduktion der Parteientschädigung, zumal sie den Prozessaufwand nicht beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; SVR 2016 IV Nr. 12 S. 38 E. 5).

6.2.2 Mit am 8. November 2019 eingereichter und nicht zu beanstandender Kostennote hat Rechtsanwalt D. _____ ein Honorar von Fr. 1'774.25 (11.8 Stunden à Fr. 130.--; Auslagen von Fr. 91.-- sowie Portokosten von Fr. 22.40 und die Mehrwertsteuer [MWSt.] von Fr. 126.85) geltend gemacht. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 1'774.25 (inkl. Auslagen, Portokosten und MWSt.) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 25. März 2019 insoweit aufgehoben, als der Beschwerdeführerin von Januar 2017 bis und mit Juli 2017 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'774.25 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Pensionskasse E. _____
 - 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.