

200 19 516 IV
FUE/PRN/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 31. Januar 2020

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Mai 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1974 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), ... mit eidgenössischem Fachausweis, seit Juni 1997 (zuletzt als .../...) für die C._____ AG tätig (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 20, 22), meldete sich im März 2018 unter Hinweis auf eine rezidivierende Depression bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 8). In der Folge gewährte die IVB Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings (AB 28), das wegen einer Gesundheitsverschlechterung abgebrochen wurde (AB 33, 36), und holte die Akten des Krankentaggeldversicherers, D._____, ein (AB 32) – darunter ein Gutachten von Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Juni 2018 (AB 32.2). Weiter veranlasste sie eine neuropsychologisch-psychodiagnostische Untersuchung (Bericht vom 3. September 2018; AB 41.1) und holte einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 14. Februar 2019 (AB 51) sowie ein vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenes psychiatrisch-psychotherapeutisches Gutachten von Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Februar 2019 (AB 53.2) ein. Mit Vorbescheid vom 19. März 2019 stellte die IVB die Verneinung eines Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung in Aussicht (AB 54). Auf die hiergegen erhobenen Einwände (AB 56, 61) hin holte die IVB eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 21. Mai 2019 (AB 64) ein und verfügte am 27. Mai 2019 wie angekündigt (AB 65).

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 27. Juni 2019 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 27. Mai 2019 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin seien die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten.

3. Eventualiter: Die Sache sei zur Durchführung von weiteren notwendigen medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Zur Begründung brachte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor, auf das versicherungsinterne Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 25. Februar 2019 könne nicht abgestellt werden. Dem Gutachten stünden betreffend Diagnosen und Einschränkung der Arbeitsfähigkeit die Beurteilungen von mehreren (behandelnden) Fachärzten entgegen, welche Zweifel an dessen Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit begründeten.

Mit Beschwerdeantwort vom 19. August 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 15. November 2019 reichte die Beschwerdeführerin eine weitere Eingabe samt Unterlagen ein.

Erwägungen:

1.

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

i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 27. Mai 2019 (AB 65). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

2.

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

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

2.2.1 Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.2.2 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

2.2.3 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorga-

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

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

3.

3.1 Den Akten ist zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bzw. ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Vom 18. Dezember 2017 bis 3. Februar 2018 war die Beschwerdeführerin in der Klinik G._____ hospitalisiert. Im Bericht vom 27. März 2018 diagnostizierten die Ärzte eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10: F33.2; AB 21, S. 2). Es wurde vom 18. Dezember 2017 bis 12. Februar 2018 eine 100%-ige und ab dem 13. Februar 2018 eine 60%-ige Arbeitsunfähigkeit (vom vorherigen 75%-Pensum) attestiert (AB 21, S. 4).

3.1.2 Im Bericht vom 9. April 2018 diagnostizierten Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt, und lic. phil. I._____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, bei welchen die Beschwerdeführerin seit 13. Mai 2015 in psychologisch-psychiatrischer Behandlung war, eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10: F33.1), Differentialdiagnose: bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F31.3), und einen Verdacht auf ein Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS; ICD-10: F90.0; AB 26, S. 2). Es wurde bei einem 75%-Pensum bis zum 13. Februar 2018 eine 100%-ige, vom 14. Februar bis 11. März 2018 eine 60%-ige (geplanter Wiedereinstieg), vom 12. bis 31. März 2018 eine 100%-ige (gescheiterter Wiedereinstieg) und vom 1. bis 30. April 2018 eine 80%-ige (entsprechend einer Arbeitstätigkeit von ca. neun Stunden pro Woche bei einer angepassten Tätigkeit) Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 26, S. 5).

3.1.3 In dem vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten vom 13. Juni 2018 diagnostizierte Dr. med. E._____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig teilremitiert (ICD-10: F33.8), eine beeinträchtigte Persönlichkeit mit vor allem emotional instabilen und histrionischen Zügen (ICD-10: Z73.1), Differentialdiagnose: kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0), und anamnestisch einen Status nach Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0) in der Kindheit

(AB 32.2, S. 16). Es würden gemäss den Kategorien des Mini-ICF-APP Beeinträchtigungen in der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit und in der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit bestehen (AB 32.2, S. 19 f.). Das Ausmass der Beeinträchtigung sei aufgrund der erheblichen Inkonsistenzen zwischen explorierten Angaben und Verhaltensbeobachtung (vgl. AB 32.2, S. 17) nicht abschliessend zu beurteilen. Bezogen auf das von der Beschwerdeführerin geschilderte Arbeitsprofil sei von einer mittelgradigen Beeinträchtigung auszugehen (AB 32.2, S. 20).

3.1.4 Dipl. Psych. J._____, Fachpsychologin für Psychotherapie und Neuropsychologie FSP, diagnostizierte im neuropsychologisch-psychodiagnostischen Bericht vom 3. September 2018 eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1), eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung vor dem Hintergrund multipler und komplexer Traumatisierung (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified; DESNOS) und eine hochsensible und hoch suggestible Persönlichkeit (keine ICD-10-Diagnose, daher Z73.1; AB 41.1, S. 16).

3.1.5 In dem durch den Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 25. Februar 2019 stellte Dr. med. F._____ keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 53.2, S. 22). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) bei anorektischem Essverhalten (ICD-10: F50.9) und akzentuierten (emotional instabilen, histrionischen, zwanghaften, narzisstischen, hypochondrischen) Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1; AB 53.2, S. 15). Eine relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit könne nicht begründet werden. Diese Einschätzung sei ab Datum der Untersuchung vom 19. Februar 2019 anzunehmen. Es könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits ab Oktober 2017 darauf abgestellt werden. Die kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit durch die stationäre Behandlung vom 18. Dezember 2017 bis 3. Februar 2018 aufgrund eines Erschöpfungssyndroms könne bestätigt werden (AB 53.2, S. 21 f.).

3.1.6 In der Stellungnahme vom 13. März 2019 zum Gutachten führten Dr. med. H._____ und lic. phil. I._____ aus, die Diagnosestellung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. F._____ sei nicht

nachvollziehbar (AB 56, S. 16). Mehrere Fachärzte hätten im bis in die Kindheit und Jugend der Beschwerdeführerin zurückliegenden Behandlungszeitraum wiederholt depressive Episoden mit Krankheitswert festgestellt. Im November 2017 sei es zu einer mittelgradigen bis kurzzeitigen (zwei Wochen) schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen gekommen. Aufgrund des wiederholten Auftretens sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33) klar begründet (AB 56, S. 19 f.). Die Diagnosekriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung seien hingegen nicht gegeben (AB 56, S. 21). Dr. med. F._____ spreche unter anderem von emotional-instabilen, zwanghaften und histrionischen Persönlichkeitszügen. Dieser Einschätzung könne in qualitativer Hinsicht zugestimmt werden, jedoch nicht hinsichtlich des Schweregrades der Ausprägung (AB 56, S. 24). Dr. med. H._____ und lic. phil. I._____ diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, aktuell teilremittiert (ICD-10: F33.8), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, zwanghaften, histrionischen Persönlichkeitsanteilen (ICD-10: F61.0), Differentialdiagnose: emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.31), und ein anorektisches Essverhalten, kodiert als sonstige Essstörung (ICD-10: F50.9; AB 56, S. 25). Es bestehe weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit. Langfristig sei von einer bleibenden mittelschweren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsfeld auszugehen. Da ihre bisherige Stelle in dieser Form nicht mehr existiere, liege die Arbeitsfähigkeit bei 30-40%. Hingegen könne langfristig von einem Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit von 50-60% an einem angepassten Arbeitsplatz ausgegangen werden (AB 56, S. 29; vgl. auch AB 66).

3.1.7 Der RAD-Arzt Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Stellungnahme vom 21. Mai 2019 zu den Einwänden aus, am Gutachten von Dr. med. F._____ bzw. am Vorbescheid könne festgehalten werden (AB 64, S. 4; vgl. auch AB 69).

3.1.8 Vom 26. April bis 24. Mai 2019 war die Beschwerdeführerin erneut in der Klinik G._____ hospitalisiert. Im Bericht vom 27. Mai 2019 wurde eine bipolare Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-

10: F31.3), eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.31), Differentialdiagnose: komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), und ein Verdacht auf ADS (ICD-10: F90.1) diagnostiziert (Beschwerdebeilage [BB] 7, S. 1). Für die Dauer des Aufenthaltes sowie für weitere drei Wochen wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (BB 7, S. 3).

3.1.9 Im Bericht vom 12. Juni 2019 diagnostizierten Dr. med. H. _____ und lic. phil. I. _____ eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), Differentialdiagnose: bipolare Störung, aktuell depressive Episode (ICD-10: F31.1), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (vorwiegend emotional-instabil, zwanghaft sowie histrionisch; ICD-10: F61.0), ein Verdacht auf ADS (ICD-10: F90.1) und eine hochsensible und hoch suggestible Persönlichkeit (ICD-10: Z73.1; BB 8, S. 1). Der berufliche Wiedereinstieg habe sich durch die aktuelle depressive Episode verzögert. Ab August sei die berufliche Eingliederung in einem angepassten/geschützten Arbeitsbereich zu 20% geplant. Aktuell bestehe weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für den angestammten Beruf (BB 8, 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).

3.2.1 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 Her-

kunft 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).

3.2.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4 S. 467 ff., je mit Hinweisen).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2019 (AB 65) massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. F._____ vom 25. Februar 2019 (AB 33.2) gestützt. Diesem vom Krankentaggeldversicherer nicht nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 6. November 2018, 8C_445/2018, E. 5.5, und vom 1. Juli 2016, 8C_71/2016, E. 5.3), womit an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind (E. 3.2.2 hiervor).

Soweit die Beschwerdeführerin im Laufe des Beschwerdeverfahrens einen Artikel des ... mit dem Titel bzw. Einleitungstext: „...“ (BB 10) einreichte und vorbringt, bei „Dr. ...“ im Artikel handle es sich zweifelsfrei um Dr. med. F._____ (Eingabe vom 15. November 2019; in den Gerichtsakten), vermag dies keine Befangenheit zu begründen. Eine Befangenheit einer sachverständigen Person kann grundsätzlich nicht mittels der Schilderung einzelner angeblich negativer Erfahrungen anderer versicherter Personen mit dieser Gutachtensperson in früheren Fällen begründet werden. Den Beweis einer im Einzelfall erfolgten oder gar systematischen Benachteiligung der versicherten Personen durch Dr. med. F._____ vermag die Beschwerdeführerin mit dem Zeitungsartikel nicht zu erbringen

(SVR 2016 IV Nr. 8 S. 24 f. E. 6). Konkrete Umstände, die vorliegend den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit objektiv zu begründen vermögen, sind nicht ersichtlich, insbesondere führen der regelmässige Beizug eines Gutachters durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen nicht zum Ausstand (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227; SVR 2017 IV Nr. 7 S. 20 E. 4.2). Zudem liegen keine Hinweise dafür vor, dass der Gutachter seine Beurteilung nicht neutral und sachlich abgegeben hätte (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110; SVR 2017 IV Nr. 27 S. 78 E. 5.2).

3.4 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. _____ erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Insbesondere basiert die Beurteilung auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten – namentlich jenen des behandelnden Dr. med. H. _____ sowie der Dipl. Psych. J. _____ – 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 sowie E. 3.2.2 hiervor).

Der Gutachter hat gestützt auf die fachärztliche Untersuchung vom 19. Februar 2019 samt den durchgeführten Testungen (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale [MADRS], Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 [MMPI-2]; AB 53.2, S. 3, 12 ff.) schlüssig und für den Rechtsanwender anhand der klassifikatorischen Vorgaben nachvollziehbar dargelegt, dass die Voraussetzungen für das Stellen der Diagnose einer depressiven Störung zum Untersuchungszeitpunkt nicht erfüllt waren. Insbesondere seien die Eingangskriterien („typische Symptome“) für eine depressive Episode (ICD-10: F32/F33) nicht objektiv erfüllt. Es fehlten nämlich eine dauerhafte Hemmung der Psychomotorik, eine wesentliche Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit und eine ausgeprägte soziale Inaktivität (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169, 178). Auch war Dr. med. F. _____ nicht in

der Lage, die Diagnose einer depressiven Störung retrospektiv anhand des dokumentierten Psychostatus zu bestätigen (AB 53.2, S. 16 f.). Dies ist insoweit mit dem Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 13. Juli 2018 vereinbar, als dieser einen weitestgehend blanden psychopathologischen Befund erhoben hatte und aufgrund der testpsychologischen Untersuchung (HAMD-17; Hamilton Rating Scale for Depression) knapp auf „eine leichte depressive Symptomatik“ schloss (AB 32.2, S. 17) bzw. eine teilremittierte rezidivierende depressive Störung diagnostizierte (AB 32.2, S. 19; vgl. auch AB 56, S. 26). Die noch vorhandenen Symptome hätten – so Dr. med. E. _____ weiter – nicht das Ausmass erreicht, um eine leichte depressive Episode zu diagnostizieren (AB 32.2, S. 17). Desgleichen wurden im Bericht der Klinik G. _____ vom 27. März 2018 keine klaren depressiven Befunde beschrieben (AB 21, S. 3), womit kein unauflösbarer Widerspruch zur retrospektiven Beurteilung des Dr. med. F. _____ auszumachen ist. Ebenfalls überzeugt die Darlegung von Dr. med. F. _____, wonach sich die angegebenen Verstimmungen vollständig als Teil der Neurasthenie sowie sozialer Belastungen (z.B. sterbenskranker Brieffreund, Tod des Hundes, Veränderungen am Arbeitsplatz, vgl. E. 2.2.2 hiervor) erklärten und allein nicht ausreichten für eine depressive Episode (AB 53.2, S. 16 f.). Schlüssig ist ferner die Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10: F48.0) bei einer verminderten Belastbarkeit bei Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Erschöpfung und mangelhaftem innerlichen Antrieb (AB 53.2, S. 17), wobei das Erschöpfungssyndrom in den Vorakten als depressive Episode eingeordnet worden sei (AB 53.2, S. 16). Weiter setzte sich der psychiatrische Experte mit der von Dipl. Psych. J. _____ gestellten Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer DESNOS (AB 41.1, S. 16) auseinander und zeigte schlüssig auf, dass diese Diagnose mangels erfüllter Symptome (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 207 f.) nicht bestätigt werden kann (AB 53.2, S. 18 ff.). Dass weder die Voraussetzungen für eine posttraumatische Belastungsstörung noch für eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung erfüllt sind, wurde vom behandelnden Psychiater Dr. med. H. _____ in der Stellungnahme vom 13. September 2019 gestützt auf eine eingehende Prüfung der einschlägigen Kriterien bestätigt (AB 56, S. 21). Schliesslich setzte sich Dr. med. F. _____ mit der Abgrenzung der von ihm diagnostizierten Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) und einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60) auseinan-

der, wobei er überzeugend festhielt, die Eingangskriterien der Persönlichkeitsstörung (persönliches Leiden und gestörte soziale Funktions- und Leistungsfähigkeit; DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 274) seien bei erfolgreicher persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensbewährung („ausreichende innerpsychische Ressourcen“) bis zum 43. Altersjahr nicht erfüllt (AB 53.2, S. 20 f.). Des Weiteren stellte der Gutachter überzeugend fest, unter Berücksichtigung des Untersuchungsbefundes (Verdeutlichungstendenz; AB 53.2, S. 12) und des MMPI-2 (extreme Zustimmungstendenz, womit zumindest eine Aggravation vorliege; AB 53.2, S. 14) sei eine bewusstseinsnahe Aggravation zu beachten und in den Akten würden stets weit überwiegend subjektive neurasthenische Beschwerden beschrieben (AB 53.2, S. 17). Diese Feststellung steht insoweit im Einklang mit den Darlegungen von Dr. med. E. _____, als auch Letzterer hervorhob, zwischen der Verhaltensbeobachtung und den explorierten Angaben bestünden erhebliche Inkonsistenzen, vor allem könnten die geklagte Erschöpfung und die geklagten kognitiven Einschränkungen in der Untersuchung nicht festgestellt werden (AB 32.2, S. 17).

3.5 Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen am Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. F. _____ nichts zu ändern.

3.5.1 Zunächst liegen entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin keinerlei Anhaltspunkte dafür vor, dass Dr. med. F. _____ in seinem Bericht systematisch Informationen (geklagte Beschwerden) unterschlagen bzw. nicht erfragt und beim Ausfüllen des MADRS-Fragebogens vorsätzlich nicht berücksichtigt hätte, um die Diagnose der rezidivierenden Depression zu widerlegen (Beschwerde, S. 9 Ziff. 10 sowie Eingabe vom 15. November 2019 [in den Gerichtsakten]). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass es sich bei der angewandten MADRS um eine *Fremdbeurteilungsskala* zur syndromalen Diagnostik einer Depression handelt (vgl. dazu ROTHENHÄUSLER/TÄSCHNER, Kompendium Praktische Psychiatrie, 2. Aufl. 2013, S. 67), die auf einem aktuellen Interview basiert (vgl. Anleitung [AB 53.3, S. 7]). Einerseits kommt es damit – anders als bei einem Selbstbeurteilungsverfahren – nicht allein auf das subjektiv Erlebte und das eigene Bild des Exploranden an, sondern es fließt auch die fachärztliche Würdigung des Untersuchers mit ein. Deshalb geht die Beschwerdeführerin

fehl, soweit sie annimmt, ein von ihr angegebener Skalenwert hätte vom Gutachter telquel übernommen werden müssen. Andererseits widerspiegeln die einzelnen Items eine Momentaufnahme, weshalb das Ergebnis dieses psychometrischen Tests nicht ohne weiteres Rückschlüsse über einen länger zurückliegenden Zeitraum zulässt. Dr. med. F._____ stützte seine retrospektive Beurteilung des Verlaufs denn auch nicht allein auf die entsprechenden Testergebnisse, sondern auch auf die anamnestischen Erkenntnisse (vgl. E. 3.4 hiervor). Anders als die Beschwerdeführerin geltend macht (vgl. AB 56, S. 1), ist die fast dreistündige Untersuchung (vgl. AB 53.2, S. 1) nicht als zu kurz zu betrachten. Für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens kommt es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Wie hoch dieser im Einzelfall zu veranschlagen ist, unterliegt letztlich aber der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten (SVR 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3, 2016 IV Nr. 35 S. 110 E. 3.2.2). Vorliegend erscheint der zeitliche Untersuchungsaufwand im angegebenen Umfang mit Blick auf die im Gutachten erwähnten Angaben und angesichts der dem Experten bekannten Vorakten nicht als unangemessen.

3.5.2 Die nach Vorliegen der Expertise des Dr. med. F._____ aufgelegten Berichte vermögen ebenfalls keine auch nur geringen Zweifel an diesem zu wecken. Insbesondere wurden keine neuen, dem Gutachter nicht bekannt gewesenen oder ungewürdigten Aspekte oder fachliche Fehler im Gutachten aufgezeigt. Vielmehr liegt eine andere Würdigung desselben medizinischen Sachverhalts vor: Immerhin ging Dr. med. H._____ mit Dr. med. F._____ insoweit – in qualitativer Hinsicht – einig, als dieser emotional-instabile, zwanghafte und histrionische Persönlichkeitszüge diagnostizierte, nicht jedoch hinsichtlich des Schweregrades der Ausprägung (AB 56, S. 24), wobei er die Darlegung des Gutachters zu den Eingangskriterien der Persönlichkeitsstörung nicht widerlegte. Soweit Dr. med. H._____ die vom Experten festgestellte bewusstseinsnahe Aggravation anzweifelte (AB 56, S. 25), spiegelt dies ebenfalls lediglich seine abwei-

chende Einschätzung wieder. Dies vermag die Feststellung des Experten nicht zu entkräften, die sowohl auf den Untersuchungen als auch den Resultaten der Testungen beruhte, wobei der entsprechende Test (MMPI-2) in 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>]) unter dem Aspekt „Beurteilung von Konsistenz, Validität und Plausibilität“ ausdrücklich als validierter Test aufgeführt wird (S. 30). Soweit die Ärzte der Klinik G. _____ – wie auch Dr. med. H. _____ – mit Blick auf die Hospitalisation vom 26. April bis 24. Mai 2019 von einer mittelgradig depressiven Episode bzw. einer psychischen Verschlechterung ausgingen (BB 7 f.), ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben erneut depressive Symptome entwickelt habe, nachdem sie im Februar 2019 durch einen Arzt des Krankentaggeldversicherers zu 100% arbeitsfähig eingeschätzt worden sei (BB 7, S. 1 unten). Dr. med. H. _____ erwähnte überdies, dass es durch die finanzielle Unsicherheit und die fehlende Unterstützung im Rahmen von beruflichen Massnahmen zu einer erneuten depressiven Dekompensation gekommen sei (BB 8, S. 3). Die geltend gemachte Verschlechterung ist damit offenkundig als reaktive Störung zu werten, in welcher jedoch rechtspprechungsgemäss keine invalidisierende psychische Beeinträchtigung erblickt werden kann, ansonsten der gesetzliche Invaliditätsbegriff seine Konturen verlöre (vgl. Entscheid des BGer vom 16. Mai 2013, 9C_799/2012, E. 2.5; BGE 127 V 294).

Was die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. F. _____ und Dr. med. H. _____ betrifft, weist die medizinische Folgenabschätzung – gerade, aber nicht nur im Bereich der Psychiatrie – eine hohe Variabilität auf und trägt unausweichlich Ermessenszüge (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 me-

dizinisch-psychiatrischen Interpretationen denn auch zulässig und zu respektieren, sofern der Experte – wie hier – 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 – nebst der diagnostisch unterschiedlichen Beurteilung – auch damit erklären, dass der Gutachter die von ihm überzeugend festgestellte Aggravation mitberücksichtigte, wogegen Dr. med. H._____ seine Einschätzung unter der Prämisse abgab, es liege gar keine Aggravation vor.

3.6 Nach dem Ausgeführten ist entsprechend dem beweiskräftigen Gutachten von Dr. med. F._____ erstellt, dass die Beschwerdeführerin an einer Neurasthenie (ICD-10: F48.0) bei anorektischem Essverhalten (ICD-10: F50.9) und akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) leidet, welche jedoch keine relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermag (AB 53.2, S. 15, 21 f.). Gestützt auf die Einschätzung von Dr. med. F._____ ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im hier massgebenden Zeitraum – abgesehen von der lediglich vorübergehenden relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit während der stationären Behandlung in der Klinik G._____ vom 18. Dezember 2017 bis 3. Februar 2018 – sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit vollschichtig arbeitsfähig war (AB 53.2, S. 22).

3.7 Weil das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F._____ vom 25. Februar 2019 (AB 53.2) beweiskräftig ist und – abgesehen von der begründbaren, bloss vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit – eine Arbeitsunfähigkeit aktuell und auch retrospektiv in nachvollziehbarer und einleuchtender Weise verneint wurde sowie gegenteiligen Einschätzungen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. E. 3.5 hiervor), ist eine Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.2.3 hiervor) entbehrlich (BGE 145 V 215 E. 7 S. 228, 143 V 418 E. 7.1 S. 428, 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417).

3.8 Zusammenfassend ist kein invalidisierender (psychiatrischer) Gesundheitsschaden ausgewiesen, womit kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht. Weil von weiteren medizinischen Abklärungen keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind, kann darauf in anti-

zipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Die angefochtene Verfügung vom 27. Mai 2019 (AB 65) ist folglich nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

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

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

4.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

4. Zu eröffnen (R):

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