

200 19 748 IV
SCJ/GET/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. Dezember 2019

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch B. _____, lic.iur. C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. August 2019



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene, bis 2013 in diversen Betrieben vornehmlich als ... erwerbstätige A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im April 2014 unter Hinweis auf Depressionen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 1; 13 S. 2). Die IVB führte mit der Versicherten ein Erstgespräch durch (act. II 12), klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, holte Berichte der behandelnden Ärzte ein und veranlasste bei Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten (Expertise vom 27. September 2015 [act. II 46.1]). Mit Vorbescheid vom 2. Oktober 2015 (act. II 47) stellte die IVB der Versicherten die Ablehnung des Leistungsbegehrens mit der Begründung in Aussicht, es liege kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vor. Dagegen liess die Versicherte durch die behandelnde Ärztin Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Einwand erheben (act. II 49 S. 2 f.), woraufhin die IVB bei Dr. med. D._____ eine Stellungnahme einholte (Bericht vom 6. Januar 2016 [act. II 54]). Nachdem Dr. med. E._____ einen Austrittsbericht vom 17. März 2016 (act. II 61 S. 1 – 4) sowie einen neuropsychologischen Bericht vom 21. Juli 2016 (act. II 64) der psychiatrischen Dienste F._____ zu den Akten gereicht hatte, veranlasste die IVB bei lic. phil. G._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, eine Begutachtung (Expertise vom 15. Mai 2017 [act. II 81 S. 2 ff.]) sowie eine Untersuchung durch den RAD-Arzt med. pract. H._____ (Untersuchungsbericht vom 23. Mai 2017 [act. II 84]). Auf dessen Empfehlung forderte die IVB die Versicherte aufgrund einer gutachterlich festgestellten Benzodiazepinabhängigkeit in der Folge zum stationären Entzug auf (act. II 85). Dieser erfolgte vom 24. Mai bis am 7. Juni 2017 in der psychiatrischen Klinik I._____ (psychiatrische Klinik I._____; act. II 93 S. 2 – 4). Nachdem die IVB mittels mehrerer Laboruntersuchungen die Abstinenz der Versicherten hatte feststellen lassen (act. II 99; 117; 136; 142) und medizinische Verlaufsberichte eingeholt hatte, veranlasste sie bei lic. phil. G._____ eine weitere neuropsychologische Untersuchung (Expertise vom 18. Juli

2018 [act. II 143.1]) sowie eine Begutachtung bei Dr. med. J. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Expertise vom 9. Mai 2019 [act. II 173.1]). Mit Vorbescheid vom 13. Juni 2019 (act. II 174) stellte die IVB der Versicherten mit der Begründung, es liege kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung vor, die Ablehnung eines Leistungsanspruchs in Aussicht. Daran hielt sie auf Einwand der Versicherten hin (act. II 185) mit Verfügung vom 27. August 2019 (act. II 187) fest.

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch lic. iur. C. _____, mit Eingabe vom 25. September 2019 Beschwerde erheben. Sie stellt den folgenden Antrag:

Die Verfügung vom 27. August 2019 sei aufzuheben, als die Arbeitsfähigkeit ungenügend abgeklärt wurde. Diese sei medizinisch und praktisch näher abzuklären und sodann sei über den Rentenanspruch erneut zu befinden.

- unter Entschädigungsfolge -

Mit weiterer Eingabe vom 25. September 2019 stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege hinsichtlich der Verfahrenskosten.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 27. August 2019 (act. II 187). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente der IV.

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). 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).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

2.3 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).

3.

3.1 Bei Erlass der – zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 27. August 2019 (act. II 187; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 8. Mai 2014 (act. II 9) seit Jahren bestehende rezidivierende depressive Episoden (ICD-10 F32.1), eine sekundäre Alkoholabhängigkeit (aktuell abstinent) sowie neu eine Benzodiazepinabhängigkeit (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei seit längerer Zeit alkoholabstinent, jedoch mit gelegentlichen Rückfällen etwa alle 5 – 6 Monate mit einmaligem Alkoholrausch; ferner bestehe seit Oktober 2013 erneut eine

depressive Episode (S. 3). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einer Wiedereingliederungsstätte, wo die Beschwerdeführerin deutlich unterfordert sei, sei depressionsbedingt im Umfang von 50% möglich. Eine Steigerung sei bei Besserung der depressiven Symptomatik möglich (S. 4).

3.1.2 Vom ... September bis ... Dezember 2014 war die Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Klinik I. _____ stationär hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 8. Dezember 2014 (act. II 31 S. 2 ff.) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 2):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Anteilen (ICD-10 F33.3)
- DD paranoide Schizophrenie/schizoaffektive Störung
2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.1)
3. Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F13.2)
4. Vitamin D-Mangel, aktuell unter Substitution

Es bestehe ein Status nach Alkoholentzug im Jahr 2012 in der psychiatrischen Klinik I. _____ – seither problematischer Konsum. Eine komplette Remission der rezidivierenden depressiven Episoden sei seit 2012 anscheinend nie erreicht worden (S. 3).

3.1.3 Dr. med. E. _____ hielt im Bericht vom 25. Februar 2015 (act. II 35) fest, die Beschwerdeführerin leide unter paranoiden Symptomen, sei misstrauisch gegenüber dem ehemaligen Psychiater und fühle sich verfolgt. Ferner leide sie unter optischen und akustischen Halluzinationen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis „auf weiteres“ (S. 3).

3.1.4 Vom ... Februar bis ... März 2015 erfolgte ein weiterer stationärer Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik I. _____. Im Austrittsbericht vom 17. März 2015 (act. II 39 S. 2 ff.) wurden die folgenden Diagnosen festgehalten (S. 2):

1. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.21)
2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1)
- DD schizoaffektive Störung/bipolare Störung

3. Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F13.2)
4. Status nach unklarem Stimmenhören mit Paranoia (akut polymorph psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie, ICD-10 F23.1)
 - aktuell symptomfrei
 - Remission bereits unter Risperidon oder Paliperidon

Die Beschwerdeführerin sei wegen eines Alkoholrückfalls (aufgrund eines Streits mit dem Bruder) auf freiwilliger Basis zugewiesen worden. In der Beurteilung wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe einen komplikationslosen Entzug absolviert. Im Gegensatz zum letzten Aufenthalt habe sie während dieser Hospitalisation keine psychotischen Symptome gezeigt und die depressiven Anteile hätten klar im Vordergrund gestanden (S. 3).

Vom ... März bis ... April 2015 erfolgte ein weiterer stationärer Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik I._____. Im Austrittsbericht vom 16. April 2015 (act. II 44 S. 2 f.) wurde festgehalten, die Einweisung sei aufgrund einer einmaligen Einnahme von Selincro erfolgt, was zu Nebenwirkungen wie Dissoziieren geführt habe. Die Hospitalisation sei komplikationslos verlaufen (S. 2).

3.1.5 Dr. med. D._____ stellte im psychiatrischen Gutachten vom 27. September 2015 (act. II 46.1) die folgenden Diagnosen (S. 10):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Aktuell keine

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0)
- Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1; DD Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent; ICD-10 F10.20)
- Status nach schädlichem Gebrauch von Sedativa/Hypnotica (iatrogen), gegenwärtig weitgehende Remission (ICD-10 F13.1, DD Abhängigkeitssyndrom in Teilremission ICD-10 F13.20)

Hinsichtlich „Aktualzustand“ sei der einzige pathologische Befund zur Zeit der einer leichtgradigen Depressivität. Klinische Anhaltspunkte für akute Psychose, schizophrener Residuum, relevante kognitive Defizite, akute Intoxikation (mit Alkohol/Benzodiazepinen) bzw. aktueller schädlicher Ge-

brauch oder ein Abhängigkeitssyndrom lägen nicht vor. Abgesehen von einem grenzwertigen Urinbefund für Lorazepam fielen auch sämtliche übrigen suchtmittelbezogenen Blut- und Urin-Befunde unauffällig aus. Somit lägen zur Zeit keine krankheitswertigen Symptome vor, die eine Invalidität bzw. Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würden. Bekanntlich sei aber der Verlauf in diesem Fall bisher wechselnd. Die Stress-Belastbarkeit dürfte aufgrund der konstitutionellen unspezifischen Ressourcen-Begrenztheit bei vorwiegend konkret-praktischer Begabung und subjektiver Alterswahrnehmung begrenzt sein. Zudem beständen bereits gewisse Hospitalismen; die Beschwerdeführerin profitiere von einem Krankheitsgewinn und scheue davor zurück, sich im Arbeitsbereich Herausforderungen zu stellen. Eine Tätigkeit als Küchenhilfe in einem nicht stressigen Betrieb bzw. Reinigungstätigkeiten seien ihr jedoch weiterhin zumutbar (S. 11 f.).

3.1.6 Vom bis November 2015 bzw. vom November 2015 bis Januar 2016 hielt sich die Beschwerdeführerin teilstationär respektive stationär in den psychiatrischen Diensten F. auf. Im Austrittsbericht vom 17. März 2016 (act. II 61 S. 1 – 4) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 1):

1. Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3)
2. Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.2)
3. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, aktuell abstinent
4. Verdacht auf anhaltende kognitive Veränderung nach langjährigem Alkohol- und Benzodiazepinabusus

Bei einer vordergründigen Benzodiazepinabhängigkeit und Alkoholproblematik (die Beschwerdeführerin habe versichert, abstinent zu sein, jedoch zeitweise unter Suchtdruck zu leiden) sei ein stationärer Benzodiazepinentzug durchgeführt worden. Während der Hospitalisation hätten keine Hinweise für eine psychotische bzw. manische Symptomatik beobachtet werden können. Am Januar 2016 sei die Beschwerdeführerin gegen den ärztlichen Rat aus der Klinik ausgetreten (S. 3).

3.1.7 Im neuropsychologischen Bericht vom 21. Juli 2016 (act. II 64) der psychiatrischen Dienste F._____ wurden die folgenden Diagnosen „nach ICD-10“ festgehalten:

1. Paranoide Schizophrenie mit Residuum, DD schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
2. Organische Persönlichkeitsveränderung nach jahrelangem Alkohol- und Benzodiazepinmissbrauch (seit über sechs Monaten abstinent)
3. Aktenanamnestisch: posttraumatische Belastungsstörung in der Kindheit

Das objektivierte neuropsychologische Profil lasse sich insgesamt als mittelschwere kognitive Störung einordnen. Eine eindeutige ätiologische Zuordnung der Defizite einer psychopathologischen Erkrankung sei nicht möglich. Sie seien wahrscheinlich multifaktoriell bedingt (Depression, Abhängigkeit von Alkohol und Sedativa, Psychosen), auch wenn aufgrund der Einschränkungen im visuellen und im visuokonstruktiven Bereich, den mnestischen Defiziten und den Einschränkungen im Exekutivbereich alkoholbedingte und benzodiazepinabhängige Defizite als Folgeschäden der jahrzehntelangen Abhängigkeit am Wahrscheinlichsten seien. Zum aktuellen Zeitpunkt sei die Beschwerdeführerin in der Privatwirtschaft nicht tragbar (S. 4).

3.1.8 Im neuropsychologischen Gutachten vom 15. Mai 2017 (act. II 81 S. 2 ff.) hielt lic. phil. G._____ fest, in der neuropsychologischen Teilbegutachtung hätten keine validen Resultate festgehalten werden können, d.h. die erhaltenen Testwerte mit vorwiegend schwer defizitären Leistungen seien ungültig, weshalb schliesslich keine vollständige Untersuchung durchgeführt worden sei. Es hätten sich Resultate gezeigt, die von schweren oder gar schwersten Beeinträchtigungen zeugten (wären sie valide), was in offensichtlichem Widerspruch zur klinischen Beobachtung und den bisherigen somatischen und psychiatrischen Diagnosen stehe. Auch seien atypische Symptome in allen Bereichen in auffälligem Ausmass bejaht worden, so neurologische Beeinträchtigungen, affektive und psychotische Störungen, amnestische Störungen sowie niedrige Intelligenz. Da aber die Laborwerte für die verschriebenen Medikamente bis zu fünffach erhöht und der Urin-Test positiv für Benzodiazepine gewesen sei, könne nicht mit Sicherheit auf eine Aggravation oder Verdeutlichung geschlossen werden.

Die erhaltenen Ergebnisse blieben aber invalide und die Aussagekraft zur tatsächlichen Leistungsfähigkeit sei erheblich vermindert (S. 10).

3.1.9 Der RAD-Arzt med. pract. H. _____ hielt im Untersuchungsbericht vom 23. Mai 2017 (act. II 84) fest, eine genauere Bestimmung der Diagnosen und des Zumutbarkeitsprofils sei aufgrund des erneuten Rückfalls in die Benzodiazepinabhängigkeit und aufgrund der massiven Medikamentenüberdosierung nicht möglich. Deshalb habe auch das neuropsychologische Zusatzgutachten nur einen eingeschränkten Aussagewert. Was die dort vorgenommene Bewertung der Testergebnisse vor dem Hintergrund des klinischen Eindrucks betreffe, könne dies psychiatrischerseits vollkommen nachvollzogen werden, da der beim RAD erhobene psychische Befund dem vom Tenor her voll und ganz entspreche. Vorrangig sei deshalb ein stationärer Benzodiazepinentzug durchzuführen (S. 5).

3.1.10 Im Bericht der psychiatrischen Klinik I. _____ vom 14. Juni 2017 (act. II 93 S. 5 f.) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei zum Benzodiazepinentzug zugewiesen worden. Sie habe einen raschen Entzug durchlaufen. Auf Drängen der Beschwerdeführerin und gegen die Empfehlung des Behandlungsteams sei die Beschwerdeführerin am 7. Juni 2017 nach Hause entlassen worden (S. 5).

3.1.11 Im Bericht vom 5. Januar 2018 (act. II 118 S. 2 ff.) hielt Dr. med. E. _____ fest, der Gesundheitszustand sei stationär. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beständen eine schizoaffektive Psychose sowie eine Persönlichkeitsänderung durch Alkohol- und Benzodiazepinkonsum (S. 2). Eine Arbeitsfähigkeit von 20 – 30% im geschützten Rahmen sei zumutbar (S. 3).

3.1.12 Im neuropsychologischen Gutachten vom 18. Juli 2018 (act. II 143.1) stellte lic. phil. G. _____ die folgende Diagnose (S. 12):

In Art und Ausprägung nicht-authentische kognitive Minderleistungen in nahezu allen kognitiven Bereichen (Aufmerksamkeit, Neugedächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache, Visuokonstruktion und Praxien) mit/bei:
- Leistungsverzerrung (Aggravation DD Verdeutlichung)

Eine Leistungsverzerrung sei klar nachgewiesen. Ob diese bewusstseinsnah oder -fern sei, oder eine Mischung aus beidem, sei psychiatrischerseits

zu beurteilen. Der Schweregrad der präsentierten Einschränkungen und die Vergleiche mit Patientengruppen liessen jedoch auf eine – zumindest teilweise – bewusste Leistungsverzerrung schliessen, weshalb auf eine Aggravation (bewusste Verzerrung) DD Verdeutlichung (unbewusste Verzerrung) geschlossen werde (S. 14). Aussagen zur Leistungsfähigkeit könnten in Anbetracht der eingeschränkten Aussagekraft der erhaltenen Testresultate und der eingeschränkt glaubwürdigen Beschwerden keine gemacht werden. Innerhalb der Untersuchung von zweieinhalb Stunden hätten sich keine Anzeichen für eine verminderte zeitliche Belastbarkeit ergeben. Die Beschwerdeführerin habe nach zweieinhalb Stunden wach und präsent gewirkt (S. 15).

3.1.13 Im psychiatrischen Gutachten vom 9. Mai 2019 (act. II 173.1) stellte Dr. med. J. _____ die folgenden Diagnosen (S. 20 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Verdacht auf Minderung der kognitiven Leistungsfähigkeit nach langjährigem primärem Substanzgebrauch (Alkohol, Benzodiazepine) mit/bei:

- Psychischer und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitsyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.2)
- Psychischer und Verhaltensstörung durch Sedative: Abhängigkeitsyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F13.2)
- Rezidivierender depressiver Symptomatik, gegenwärtig leichte depressive Symptomatik (ICD-10 F33.0)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

keine

In der aktuellen Untersuchung ergäben sich Hinweise, dass der jahrelange Substanzkonsum zu Folgeschäden im Sinne einer reduzierten kognitiven Leistungsfähigkeit geführt habe. Zudem beständen Veränderungen im Sinne von Affektverflachung, leichter Verlangsamung und Antriebsminderung und Schwierigkeiten bei der Einordnung zeitlicher Abläufe im Lebenslauf. Die Flexibilität sei reduziert. Ähnlich wie bei den erfolgten neuropsychologischen Begutachtungen sei die Festlegung des Ausmasses der Störung sehr schwierig, da bei der Beschwerdeführerin zusätzlich eine Selbstlimitierung und Verdeutlichungstendenz bestehe. Im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils seien daher nur theoretische Annäherungen möglich (S. 25). In einem kleineren Betrieb mit einfachen Strukturen und festen Bezugsperso-

nen sei die angestammte Tätigkeit medizinisch theoretisch im 50%-Pensum möglich. Dabei sei nicht von einer Minderung der Leistungsfähigkeit auszugehen (S. 26). Eine angepasste Tätigkeit müsse dem Ausbildungs- und Erfahrungsstand entsprechen. Optimal wären einfache serielle Tätigkeiten mit geringer körperlicher Belastung in einem ruhigen Arbeitsumfeld ohne Zeit- und Leistungsdruck. Eine solche Arbeit sei in einem Pensum von 60% medizinisch-theoretisch möglich. Wie beschrieben, sei aufgrund der zusätzlichen Selbstlimitierung die rein theoretische Festlegung des Zumutbarkeitsprofils sehr schwierig (S. 27). Dieses theoretische Zumutbarkeitsprofil gelte ab Juli 2018 (S. 26, 28).

3.2

3.2.1 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).

3.2.2 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).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich

(voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.3 Die neuropsychologische Expertise von lic. phil. G. _____ vom 18. Juli 2018 (act. II 143.1) und das psychiatrische Gutachten von Dr. med. J. _____ vom 9. Mai 2019 (act. II 173.1) erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.2.2 vorne) und erbringen – nachdem beide Gutachten bei nachgewiesener Alkohol- und Benzodiazepinabstinenz der Beschwerdeführerin durchgeführt wurden – vollen Beweis. Sie sind nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen überzeugend begründet. Beide Gutachterinnen gelangten zum Schluss, dass eine Aggravation DD Verdeutlichung (act. II 143.1 S. 14) bzw. Selbstlimitierung und Verdeutlichungstendenz (act. II 173.1 S. 25) vorliege und deshalb zum Ausmass der allein verdachtsweise festgestellten psychischen Störung (Verdacht auf Minderung der kognitiven Leistungsfähigkeit nach langjährigem primärem Substanzgebrauch [Alkohol, Benzodiazepine; S. 20 f.]) bzw. der funktionellen Beeinträchtigungen keine Aussagen gemacht werden könnten (act. II 143.1 S. 15) respektive deren Quantifizierung „sehr schwierig“ sei und in der Folge bei der Formulierung des Zumutbarkeitsprofils „nur theoretische Annäherungen“ möglich seien (act. II 173.1 S. 25).

3.4 An dieser Einschätzung ändern sämtliche unter Hinweis auf den Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. E. _____ vom 3. August 2019 (act. II 185 S. 4 f.) vorgebrachten Einwände nichts (Beschwerde, S. 4 f. Ziff. 1):

3.4.1 Zunächst trifft es nicht zu, dass Dr. med. J. _____ allein die Folgeschäden des Alkoholkonsums berücksichtigt hätte, hat sie doch im Rahmen der diagnostischen Zuordnung ausdrücklich auch eine psychische und Verhaltensstörung durch Sedative (bei aktueller Abstinenz) aufgeführt und festgehalten, es gebe „Hinweise“ für einen Zusammenhang zwischen dem Substanzkonsum und der „reduzierten kognitiven Leistungsfähigkeit“. Auch hat sie die als leicht beschriebene depressive Symptomatik diagnostisch festgehalten (act. II 173.1 S. 21) und diskutiert (S. 22). Ebenso wenig liess sie die in den Akten einzig punktuell geltend gemachten psychotischen Symptome unerwähnt, beurteilte sie jedoch im Rahmen des Substanzkonsums (S. 23). Dass die Gutachterin hinsichtlich der gelegentlich

vorgetragene psychotische Symptome keine Beeinträchtigung des funktionellen Leistungsvermögens erkannte, ist nachvollziehbar, nachdem sie anlässlich der Befunderhebung keine Hinweise auf pathologische optische oder akustische Halluzinationen feststellen konnte (S. 16). Vor diesem Hintergrund überzeugt denn auch ihre weitere Schlussfolgerung, wonach – entgegen der anderslautenden Auffassung von Dr. med. E. _____ – eine schizoaffektive Störung nicht ausgewiesen ist (S. 22 f.).

Soweit die Beschwerdeführerin diese Einschätzungen kritisiert und ihnen die von den behandelnden Ärzten im Verlauf gestellten (diversen) Diagnosen gegenüberstellt, verkennt sie, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Solche Aspekte sind hier nicht ersichtlich: Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Mai 2019, 9C_190/2019, E. 3.1). Die Beschwerdeführerin legt nicht dar und auch aus den Ausführungen von Dr. med. E. _____ im Bericht vom 3. August 2019 ergeben sich keine Anhaltspunkte, wonach Dr. med. J. _____ hierbei nicht lege artis vorgegangen wäre. Sodann ist darauf hinzuweisen, dass die Diagnose zwar Ausgangspunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Leistungseinschränkung bildet (vgl. E. 4.1.1 hinten), jedoch die gesamte Befundlage objektiven Massstäben folgend daraufhin geprüft werden muss, ob daraus eine Arbeitsunfähigkeit resultiert (Entscheid des BGer vom 1. Februar 2018, 8C_460/2017, E. 5.5; vgl. auch E. 4.1 hinten). Soweit die Beschwerdeführerin respektive Dr. med. E. _____ aus den im Rahmen der stationären Behandlungen gestellten (diversen) Diagnosen direkte

Rückschlüsse auf das funktionelle Leistungsvermögen ziehen, kann dem aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht deshalb nicht gefolgt werden. Im Übrigen hat Dr. med. J. _____ – wie hiavor dargelegt – das Vorliegen einer schizoaffektiven Störung mit überzeugender Begründung verneint. Ebenso ist ihr Schluss, wonach im Begutachtungszeitpunkt einzig eine leichte depressive Symptomatik vorlag, im Lichte der insoweit bescheidenen Befundlage (S. 16) ohne weiteres nachvollziehbar.

3.4.2 Was sodann die in den psychiatrischen Diensten F. _____ erfolgte neuropsychologische Testung vom Mai 2016 (Bericht vom 21. Juli 2016 [act. II 64]) anbelangt (Beschwerde, S. 5), so hat lic. phil. G. _____ in ihrem ersten neuropsychologischen Gutachten vom 15. Mai 2017 (act. II 81 S. 2 ff.) mit ausführlicher Begründung (vgl. S. 5), worauf verwiesen wird, dargelegt, weshalb die dabei gewonnenen Erkenntnisse nicht valide sind. Insbesondere beanstandete sie, dass kein Validierungsverfahren durchgeführt worden sei und eine Diskussion der Diskrepanzen (Widersprüche innerhalb der Testverfahren und zwischen den Testergebnissen und dem gezeigten Verhalten [S. 5]) nicht stattgefunden habe. Auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung in den psychiatrischen Diensten F. _____ kann demnach nicht abgestellt werden. Auch im Rahmen der zuletzt und bei gänzlicher Suchtmittelabstinenz durchgeführten neuropsychologischen Begutachtung durch lic. phil. G. _____ im Juni 2018 war die Validität der gezeigten Leistungen eingeschränkt. Insbesondere ergaben sich Inkonsistenzen zwischen klinischer Beobachtung und Testdiagnostik, zwischen subjektiven Angaben und klinischer Beobachtung, zwischen Alltagsaktivitäten und Testdiagnostik sowie zwischen den Angaben in den Akten und den aktuellen Resultaten (act. II 143.1 S. 13 f.). Soweit die Beschwerdeführerin deshalb unter Hinweis auf die Ergebnisse des neuropsychologischen Gutachtens in den psychiatrischen Diensten F. _____ vom Mai 2016 „schwere kognitive Defizite“ (Beschwerde, S. 5) geltend macht, kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten.

3.4.3 Schliesslich besteht nach der Rechtsprechung kein Anspruch darauf, dass fachärztliche Berichte dem RAD vorgelegt werden, was selbst dann gilt, wenn deren Relevanz nicht von vornherein verneint werden kann

(Entscheid des BGer vom 7. August 2017, 8C_136/2017, E. 6.2.3). Anders als beschwerdeweise vorgebracht, war die Beschwerdegegnerin demnach nicht gehalten, die von der behandelnden Psychiaterin vorgebrachten Rügen dem RAD vorzulegen (Beschwerde, S. 5 Ziff. 2). Dies umso weniger, als die Einwände keine Aspekte betrafen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. E. 3.4.1 vorne).

3.5 Zusammenfassend ergeben sich weder aus den Berichten der behandelnden Ärzte noch aus den Vorbringen der Beschwerdeführerin konkrete Indizien (vgl. E. 3.2.2 vorne), welche gegen die Zuverlässigkeit der Gutachten von lic. phil. G. _____ vom 18. Juli 2018 und Dr. med. J. _____ vom 9. Mai 2019 sprechen. Gestützt auf die beiden Expertisen lassen sich die rechtsrelevanten Fragen für den Zeitraum ab Juli 2018 (vgl. act. II 173.1 S. 26) bis zur angefochtenen Verfügung vom 27. August 2019 (act. II 187) zuverlässig beurteilen, weshalb es entgegen dem beschwerdeführerischen Antrag keiner weiteren Abklärungen bedarf. Insbesondere ist nicht ersichtlich, inwieweit von einer praktischen Abklärung (vgl. auch act. II 173.1 S. 25) zusätzliche rechtlich relevante Erkenntnisse zu gewinnen wären, zumal auch ein solche der optimalen Mitwirkung der Beschwerdeführerin bedürfte.

4.

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

4.1.1 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). Voraussetzung für die Annahme einer leistungsbegründenden Invalidität ist demnach, dass überhaupt eine psychiatrische Dia-

gnose gestellt werden kann (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416; Entscheid des BGer vom 6. März 2019, 9C_725/2018, E. 5.3.1).

4.1.2 In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung zudem verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Dabei müssen die Schmerzangaben zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296).

4.2

4.2.1 Wie in E. 3.3 dargelegt, diagnostizierte Dr. med. J. _____ einen Verdacht auf Minderung der kognitiven Leistungsfähigkeit nach langjährigem primärem Substanzgebrauch (Alkohol, Benzodiazepine) mit/bei psychischer und Verhaltensstörung durch Alkohol (Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent [ICD-10 F10.2]), psychischer und Verhaltensstörung durch Sedative (Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent [ICD-10 F13.2]) sowie rezidivierender depressiver Symptomatik, gegenwärtig leichte depressive Symptomatik (ICD-10 F33.0; act. II 173.1 S. 20 f.). Präzisierend hielt sie weiter fest, es gebe „Hinweise“, wonach der jahrelange Substanzkonsum zu Folgeschäden im Sinne einer reduzierten kognitiven Leistungsfähigkeit geführt habe (S. 21). Jedoch sei – ähnlich wie bei den neuropsychologischen Begutachtungen – die Festlegung des Ausmasses der Störung sehr schwierig, da zusätzlich eine Selbstlimitierung und Verdeutlichungstendenz bestehe, womit für die Formulierung des Zumutbarkeitsprofils nur eine Annäherung möglich sei (S. 25).

4.2.2 Dr. med. J. _____ vermochte dem Dargelegten zufolge einzig eine Verdachtsdiagnose zu stellen, bei welcher die Untersuchungsergebnisse eine Erkrankung bloss vermuten lassen (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 406). Eine fachärztlich einwandfrei diagnostizierte Gesundheitsbeeinträchtigung (vgl. E. 4.1.1 vorne) liegt somit nicht vor. Selbst jedoch, wenn der Beschwerdeführerin dahingehend gefolgt würde, wonach nicht nur Verdachtsdiagnosen, sondern auch die Diagnosen ICD-10 F10.2 (Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent) sowie ICD-10 F13.2 (Psychische und Verhaltensstörung durch Sedative: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent) und ICD-10 F33.0 vorlägen (Beschwerde, S. 5 Ziff. 2) und diese unabhängig von der Haupt(verdachts)diagnose zu betrachten wären, änderte sich an der fehlenden Ausgewiesenheit eines invalidisierenden Leidens nichts: Nach der insoweit – und mit Blick auf die Aktenlage zu Recht – unbestritten gebliebenen Feststellung von Dr. med. J. _____ steht als mögliche und die Arbeitsfähigkeit beeinflussende funktionelle Beeinträchtigung eine reduzierte kognitive Leistungsfähigkeit zur Diskussion, wobei die Gutachterin insoweit ausdrücklich nur von einem „Hinweis“ spricht (act. II 173.1 S. 25). Lic. phil. G. _____ hielt in ihrem neuropsychologischen Gutachten vom 18. Juli 2018 (act. II 143.1) diesbezüglich fest, Aussagen zur Leistungsfähigkeit könnten in Anbetracht der eingeschränkten Aussagekraft der Testergebnisse keine gemacht werden (S. 15). Damit ist die Voraussetzung, wonach die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein müssen, offensichtlich nicht erfüllt, sind die Beschwerdenangaben der Beschwerdeführerin doch gerade nicht zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich (vgl. E. 4.1.2 vorne). Ob das sowohl von Dr. med. J. _____ wie auch von lic. phil. G. _____ festgestellte Verdeutlichungsverhalten und die Selbstlimitierung die Grenze zur (leistungsausschliessenden [BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287]) Aggravation überschreiten – wofür mit Blick auf die Ausführungen von lic. phil. G. _____ einiges spricht (vgl. act. II 143.1 S. 14) – braucht bei diesem Ergebnis nicht abschliessend erörtert zu werden. Denn jedenfalls ist nicht erstellt, dass das von den Gutachterinnen festgestellte Verhalten überwiegend wahrscheinlich auf eine krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre oder die

betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftraten, deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen wären (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6; vgl. Beschwerde, S. 6).

4.2.3 Damit ist eine rechtlich relevante Invalidität (vgl. E. 2.1 vorne) für die Zeit ab Juli 2018 bis zur angefochtenen Verfügung vom 27. August 2019 (vgl. E. 3.5 vorne) nicht erstellt.

4.3 Mit Blick auf die am 23. April 2014 erfolgte Anmeldung zum Leistungsbezug (act. II 1 S. 6) liegt der Zeitpunkt des potentiell frühest möglichen Rentenbeginns jedoch im Oktober 2014 (Art. 29 Abs. 1 IVG). Indem – wie in E. 3.5 vorne dargelegt – die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit durch Dr. med. J. _____ und lic. phil. G. _____ einzig ab Juli 2018 gilt, ist im Folgenden die Frage nach dem Vorliegen einer Invalidität für die Zeit davor zu prüfen. Die im Recht liegenden medizinischen Arztberichte und Gutachten (vgl. E. 3.1 vorne) erlauben in Bezug auf den nämlichen Zeitraum eine zuverlässige Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.2.1 vorne), wie sich aus dem Folgenden ergibt:

4.3.1 Im Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik I. _____ vom 8. Dezember 2014 (act. II 31 S. 2 ff.) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Anteilen (ICD-10 F33.3), DD paranoide Schizophrenie/schizoaffektive Störung, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (Abhängigkeitsyndrom; ICD-10 F10.1) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika (Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent; ICD-10: F13.2), diagnostiziert (S. 2). Indessen präsentierte sich die psychopathologische Befundlage bescheiden, namentlich wirkte die Beschwerdeführerin im Affekt hoffnungsvoll und der Antrieb war nur leicht gemindert (S. 4). Nachvollziehbar gelangte der RAD-Arzt med. pract. H. _____ im Bericht vom 27. Februar 2015 (act. II 36) deshalb zum Schluss, die Unterlagen ergäben ein diagnostisch unklares Bild, insbesondere wirke die Diagnose ICD-10 F33.3 „doch recht aggravierend“. Auch sei die Abstinenzlage unklar (S. 9). Im (den beweismässigen Anforderungen genügenden [vgl. E. 3.2.2 vorne]) Gutachten vom 27. September 2015 (act.

II 46.1) stellte Dr. med. D._____ bezogen auf den Begutachtungszeitpunkt keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10) und hielt als einzigen pathologischen Befund eine leichtgradige Deprimiertheit fest. Insbesondere ergaben sich (bei damals gegebener Suchtmittelabstinenz) keine klinischen Anhaltspunkte für eine Psychose oder relevante kognitive Defizite (S. 11). Auch wies Dr. med. D._____ darauf hin, dass die Beschwerdeführerin von einem Krankheitsgewinn profitiere und sich davor scheue, sich im Arbeitsbereich Herausforderungen zu stellen (S. 12). In der Folge verneinte er das Vorliegen einer krankheitswertigen psychischen Störung (S. 13).

Im Bericht der psychiatrischen Klinik I._____ vom 17. März 2016 (act. II 61) wurde zwar u.a. die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen gestellt (S. 1), gleichzeitig und in Widerspruch hierzu jedoch festgehalten, Hinweise für eine psychotische Symptomatik hätten während der Hospitalisation nicht bestanden (S. 3). Zudem wurde – wie später im Gutachten von Dr. med. J._____ – hinsichtlich einer anhaltenden kognitiven Veränderung nach langjährigem Alkohol- und Benzodiazepinabusus ebenfalls allein eine Verdachtsdiagnose gestellt (vgl. E. 4.2.2 vorne), weshalb aus diesem Bericht keine beweiswertigen Rückschlüsse auf das Vorliegen einer Invalidität gezogen werden können, zumal die Verdachtsdiagnose im Bericht der psychiatrischen Klinik I._____ vom 19. Juni 2017 (act. II 93 S. 2 – 4) keine Erwähnung mehr fand. Nachdem die Beschwerdeführerin entgegen dem ärztlichen Rat vorzeitig aus den psychiatrischen Diensten F._____ ausgetreten war, wies sie Dr. med. E._____ mit dem Ziel einer genauen „Abklärung der Diagnose wie auch der kognitiven Defizite“ im April 2016 zwecks neuropsychologischer Untersuchung (erneut) in die psychiatrische Dienste F._____ ein (act. II 62 S. 1 f.), verbunden mit dem Hinweis, die Untersuchung werde „dringend von der IV [...] verlangt“ (S. 2). Zwar wurde im daraufhin erstellten Bericht vom 21. Juli 2016 (act. II 64) namentlich eine organische Persönlichkeitsveränderung nach jahrelangem Alkohol- und Benzodiazepinmissbrauch diagnostiziert (S. 1) sowie eine schwer herabgesetzte Konzentrationsleistung (S. 3) festgestellt und in der Folge festgehalten, die Beschwerdeführerin sei zum aktuellen Zeitpunkt „in der Privatwirtschaft nicht tragbar“ (S. 4). Abgesehen davon, dass die untersuchende Neuropsychologin in Widerspruch

zur vorbehaltlos erfolgten Diagnosestellung einräumte, eine eindeutige Zuordnung der von ihr erhobenen neuropsychologischen Defizite zu einer psychopathologischen Erkrankung sei nicht möglich (S. 4), genügt dieser Bericht den Anforderungen an einen beweiswertigen medizinischen Bericht (vgl. E. 3.2.2 vorne) aus den bereits dargelegten Gründen nicht (vgl. E. 3.4.2 vorne), worauf auch der RAD ausdrücklich hinwies (act. II 66 S. 7). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin ihrerseits bei lic. phil. G._____ ein neuropsychologisches Gutachten (act. II 81), welches jedoch Resultate ergab, die – wären sie valide gewesen – von schweren oder gar schwersten Beeinträchtigungen gezeugt hätten, was jedoch in offensichtlichem Widerspruch zur klinischen Beobachtung und den bisherigen Diagnosen stand (S. 10; vgl. E. 3.4.2 vorne). Weil jedoch damals die Laborwerte für die verschriebenen Medikamente bis zu fünffach erhöht und der Urin-Test positiv für Benzodiazepine ausfiel, konnte lic. phil. G._____ (noch) nicht auf eine Aggravation oder Verdeutlichung schliessen (S. 10). Nachvollziehbar hielt der RAD-Arzt med. pract. H._____ daraufhin im Untersuchungsbericht vom 23. Mai 2017 (act. II 84) fest, eine genauere Bestimmung der Diagnosen und des Zumutbarkeitsprofils sei bei der Beschwerdeführerin aufgrund des erneuten Rückfalls in die Benzodiazepinabhängigkeit und der massiven Medikamentenüberdosierung nicht möglich (S. 5)

In der Folge wurde ein Benzodiazepinentzug durchgeführt (act. II 93 S. 5) und eine entsprechende Abstinenz erzielt (act. II 99; 117; 136; 142), jedoch zeitigten die im Nachgang erfolgten gutachterlichen Untersuchungen sowohl in diagnostischer wie auch in befundmässiger Hinsicht ein unverändert unklares Bild und damit dieselben Ergebnisse wie vor dem Entzug (vgl. E. 4.2 vorne).

4.3.2 Gestützt auf diesen aktenmässig dokumentierten Verlauf ist auch für die Zeit vor Juli 2018 ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30) erstellt. Vielmehr erweisen sich das von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Beschwerdebild und die daraus abgeleiteten funktionellen Beeinträchtigungen als sowohl in diagnostischer wie auch in befundmässiger Hinsicht nicht hinreichend nach-

gewiesen. Indem sich nach dem letzten (und erfolgreichen) Suchtmittelentzug dieselben Auffälligkeiten und Inkonsistenzen mit eingeschränkter Aussagekraft der gutachterlichen (Test)-Ergebnisse und eingeschränkt glaubwürdiger Beschwerden wie vor dem Entzug ergaben (vgl. E. 4.2 vorne), bestehen namentlich auch keine hinreichenden Anhaltspunkte, wonach die zwischenzeitlich (jedoch nicht durchgehend) vorliegende Benzodiazepinabhängigkeit überwiegend wahrscheinlich das funktionelle Leistungsvermögen in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise (dauerhaft) eingeschränkt haben könnte. Dies gilt auch in Bezug auf die übrigen im Verlauf gestellten Diagnosen respektive vorgebrachten Beschwerdebilder.

4.4 Zusammenfassend ist für den gesamten Beurteilungszeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 27. August 2019 (act. II 187) kein invalidisierender Gesundheitsschaden im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne erstellt, womit die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch zu Recht verneint hat.

4.5 Doch selbst wenn entgegen dem Dargelegten ein rechtlich relevanter Gesundheitsschaden angenommen und die von Dr. med. J. _____ im Sinne einer theoretischen Annäherung (act. II 173.1 S. 24, 27) attestierte Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit von 60% einer rechtlichen Überprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 145 V 215 E. 5.3.3 S. 226 und E. 7 S. 228, 143 V 418 E. 7.2 S. 429) standhalten würde, resultierte kein Rentenanspruch. Diesfalls wäre der Invaliditätsgrad nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) zu bestimmen, wobei dessen Ermittlung mit Blick auf die im April 2014 erfolgte Anmeldung sowie in der Annahme, die Voraussetzungen nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG seien erfüllt, auf der Grundlage der (im Oktober) 2014 massgeblichen Kennzahlen zu erfolgen hätte:

4.5.1 Der Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annähe-

rungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

4.5.2 Die Beschwerdeführerin hat vor ihrer Anmeldung zum Leistungsbezug vornehmlich als Küchenhilfe in verschiedenen Betrieben gearbeitet (act. II 13 S. 2 f.). Angesichts der fehlenden beruflichen Qualifikation (act. II 1 S. 4) sowie der beschränkten Schulbildung (act. II 173.1 S. 12) wäre ohne weiteres davon auszugehen, dass sie ohne Gesundheitsschaden weiterhin in diesem Bereich tätig wäre.

Die letzte berufliche Anstellung war temporär (act. II 13 S. 2), womit das Valideneinkommen basierend auf den Werten der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu ermitteln wäre (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30), wobei die LSE 2014, Position 55-56, Kompetenzniveau 1, zugrunde zu legen wären. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 42.4 Stunden (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 77; BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Position 55-56) hätte das jährliche Valideneinkommen im Jahr 2014 Fr. 47'916.25 (Fr. 3'767.-- x 12 Monate / 40 x 42.4 Wochenstunden) betragen.

4.5.3 Weil die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner ihr zumutbaren Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, wäre für die Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls auf statistische Werte gemäss LSE 2014 abzustellen (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Da gestützt auf die Einschätzungen von Dr. med. J. _____ im Rahmen der bisherigen Tätigkeit als ... nur ein 50%-Pensum zumutbar wäre (act. II 173.1 S. 26), die Gutachterin für eine den Leiden angepasste Verweistätigkeit dagegen eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigte (S. 27) und im Rahmen der Verweistätigkeit ein höheres Einkommen erzielbar ist, wäre im Lichte der Schadenminderungspflicht auf die Tabellenposition TA1, Wert Total, Frauen, abzustellen. Ferner wäre mit der 60%igen Arbeitsfähigkeit den leidensbedingten Einschränkungen umfassend Rechnung getragen, so dass es eines zusätzlichen leidensbedingten Abzugs (zu den Voraussetzungen, vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481) nicht bedürfte.

Basierend auf der LSE 2014, Tabelle TA1, Wert Total, Frauen, Kompetenzniveau 1, resultierte somit – bei einer Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 60% und einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Wert Total) – ein Invalideneinkommen von Fr. 32'275.80 (Fr. 4'300.-- x 12 / 40 x 41.7 x 0.6).

4.5.4 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultierte eine Erwerbseinbusse von Fr. 15'640.45 (Fr. 47'916.25 - Fr. 32'275.80) und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 33% (Fr. 15'640.45 / Fr. 47'916.25 x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123), was für eine Rente nicht genügte (vgl. E. 2.2 vorne).

4.6 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

5.

Mit der Abweisung der Beschwerde ist die Beschwerdeführerin als unterliegend zu betrachten. Damit wird sie kostenpflichtig (Art. 108 VRPG), weshalb nachfolgend vorab das Gesuch um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege (betreffend die Verfahrenskosten) zu prüfen ist.

5.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint.

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist aufgrund der dokumentierten finanziellen Verhältnisse respektive ihrer Sozialhilfebedürftigkeit ausgewiesen (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3). Im Weiteren ist die Beschwerde nicht als aussichtslos zu qualifizieren, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege hinsichtlich der Verfahrenskosten gutzuheissen ist.

5.2 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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 5.1 hiervor) wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

5.3 Infolge Unterliegens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] und Art. 108 Abs. 3 VRPG). Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern

- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,
3001 Bern

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.