

200 19 862 IV
FUE/SVE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. August 2020

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. Oktober 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1970 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), ausgebildete ... und ..., zuletzt seit Juni 2012 als ... beim C._____, ..., angestellt, meldete sich im Oktober 2014 mit Hinweis auf einen Bandscheibenprolaps, einen Hirnstamminfarkt sowie eine Depression erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 10, 18, 82 f., 85 S. 9 und 14). Die IVB führte in der Folge erwerbliche und Abklärungen durch, namentlich veranlasste sie eine Begutachtung durch die Dres. med. D._____, Facharzt für Neurologie, und E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (bidisziplinäre Expertise vom 10. Dezember 2015; AB 36.1), und forderte die Versicherte zur Alkoholabstinenz auf (AB 47). Ferner gewährte sie ein dreimonatiges Belastbarkeitstraining, das aus gesundheitlichen Gründen nach zwei Wochen abgebrochen wurde (AB 88, 94-95). Daraufhin liess die IVB die Versicherte durch Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchen (Expertise vom 8. März 2018 [AB 120.1]; Stellungnahme vom 3. Mai 2018 [AB 126 S. 2]). Sodann holte sie bei der Klinik G._____ sowie bei Dr. med. univ. H._____ Stellungnahmen zum Gutachten ein (AB 125, 128, 130, 133), unterbreitete diese dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 136) und zog rheumatologische Berichte des Spitals K._____ bei (AB 139, 145). Nach erneuter Rücksprache beim RAD (AB 147) und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 148, 152) verneinte die IVB mit Verfügung vom 8. Oktober 2019 (AB 154) einen Anspruch auf Leistungen der IV, weil kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, mit Eingabe vom 11. November 2019 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 8. Oktober 2019 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zum Zuspruch einer Rente, evtl. zur weiteren Abklärung und Erlass einer neuen Verfügung, an die IV-Stelle Bern zurückzuweisen.
2. Der Beschwerdeführerin sei zur Durchführung des Beschwerdeverfahrens vor Verwaltungsgericht des Kantons Bern die unentgeltliche Rechtspflege zu erteilen, unter Beiordnung eines amtlichen Anwalts.
Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. Dezember 2019 auf 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 8. Oktober 2019 (AB 154). 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). Massgebend ist - im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit - nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die 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). 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).

2.2.1 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).

2.2.2 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. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287).

2.2.3 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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 objektivierter 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).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem 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 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Dr. med. E. _____ diagnostizierte im psychiatrischen Teilgutachten (AB 36.1 S. 10 ff. lit. d) der bidisziplinäre Expertise vom 10. Dezember 2015 (AB 36.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende depressive Episoden, zurzeit leichten Grades (ICD-10 F33.1; DD: Dysthymie [ICD-10 F34.1]), eine Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2; DD: chronifizierte bulimische Anorexie [ICD-10 F50.01]) sowie eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1; DD: Abhängigkeitssyndrom [ICD-10 F10.24]) fest (S. 15 Ziff. 5). Die Beschwerdeführerin könne ihre Affekte nicht genügend bewältigen. Zur Kompensation ihrer innerpsychischen Schwierigkeiten verwende sie ihre Essstörung. In der angestammten Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Ab Mai 2016 könne mit einer 30%igen und ab Juli 2016 mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden, wenn die entsprechenden indizierten therapeutischen Massnahmen in die Wege geleitet würden bzw. die Beschwerdeführerin kontrolliert abstinent lebe. Zudem müsse das Gewicht erhöht werden. Eine weitere Steigerung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei durchaus möglich, es müsse aber auch immer wieder mit Rückschlägen gerechnet werden. Die Fortsetzung der Behandlung sei indiziert. Als weitere Massnahme sei allenfalls auch eine stationäre Alkoholbehandlung ins Auge zu fassen, falls die Abstinenz unter ambulanter Behandlung nicht gewährleistet werden könnte. Massnahmen zur Wiedereingliederung seien ab Mai 2016 indiziert. Die Wiedereingliederung solle im ange-

stammten Beruf stattfinden. Die Beschwerdeführerin solle geregelte Arbeitszeiten haben und keine Wochenenddienste leisten müssen (S. 20 f.).

Gemäss neurologischem Teilgutachten (AB 36.1 S. 4 ff. lit. c) von Dr. med. D._____ bestehe ein Zustand nach ischämischem Infarkt im Thalamus rechts am 6. Mai 2014 mit residuell diskreter Ataxie der linken oberen Extremität mit diskreter Beeinträchtigung der Feinmotorik, unsicherem Finger-Nasen-Versuch und leichtem Intensionstremor auf dieser Seite. Im Bereich der unteren Extremitäten wie auch beim Prüfen der Gehfähigkeit, zeigten sich ausser einer geringgradigen Gangstörung (vgl. S. 21) keine Auffälligkeiten. Zusätzlich bestehe ein aktuell höchstens leicht bis mässig ausgeprägtes, rechtsbetontes Cervicalsyndrom mit Tonus der Muskulatur paravertebral cervical (S. 10). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine diskrete kognitive Beeinträchtigung bei seelischer Interferenz sowie ein Zustand nach Thalamus-Infarkt rechts am 6. Mai 2014 zu erwähnen (S. 21). In der angestammten Tätigkeit bestehe aus neurologischer Sicht maximal eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 10 % ab Mitte Juni 2014. Ab dem Zeitpunkt des Gehirnfarktes habe jedoch eine 100%ige Beeinträchtigung bestanden. In einer ideal angepassten Tätigkeit ohne Schultergürtelbelastung sowie erhöhte Anforderungen an die Feinmotorik sei ab Mitte Juni 2015 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 10, 21).

Gemäss Konsensbesprechung der Gutachter sei die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gemäss der psychiatrischen Beurteilung massgebend (S. 21).

3.1.2 Dr. med. F._____ führt im psychiatrischen Gutachten vom 8. März 2018 (AB 120.1) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen auf (S. 22 f.):

- Chronifizierte anorektische Bulimie (tägliche Ess-Brechattacken) mit/bei chronischem Untergewicht (BMI zwischen 14 und 16 kg/m² schwankend, aktuell 15 kg/m²), seit Jugend bestehend (ICD-10 F50.8);
- rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradige Episode (F33.01).

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er folgende Diagnosen:

- Emotional instabile Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1);
- Probleme durch negative Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61);

- Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.24);
- Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1).

Bei der Diskussion der Diagnostik legte der Experte dar, für die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ sprächen die Stimmungsschwankungen sowie das frühere Ritzen in der Adoleszenz. Diese emotionale Instabilität bzw. das Empfinden in den Extremen bestehe nach wie vor. Dennoch fehlten einige wichtige Kriterien für das klinische Bild einer Borderline-Störung wie etwa die dafür charakteristische innere Leere und auch die ständige Angst vor dem Verlassen werden. Die Beschwerdeführerin könne durchaus Objektbeziehungen (zu Menschen, Tätigkeiten, Interessen) aufbauen und aufrechterhalten, habe längerdauernde Partnerbeziehungen gepflegt und teilweise jahrelange Anstellungen bzw. Praxistätigkeiten innegehabt. Eine vermehrte Impulsivität bzw. ein instinktives Ausagieren von Spannungen ohne Rücksicht auf Verluste sei bei ihr ebenfalls nicht zu beobachten. Sichere klinische Anhaltspunkte für eine posttraumatische Belastungsstörung aufgrund des sexuellen Missbrauchs in der Primarschulzeit hätten nie bestanden, die seit kurzem postulierte komplexe Traumafolgestörung sei zu wenig konzeptualisiert, in ihren Symptomen zu unspezifisch und nicht zuletzt deshalb in den relevanten Diagnosemanualen (ICD-10 et al) nicht enthalten (S. 24 Ziff. 6.3.1). Die aktuelle Hauptdiagnose bestehend aus einer weitgehend chronifizierten Essstörung im Sinne einer Bulimie (S. 23 Ziff. 6.3.1) und das damit verbundene Untergewicht sowie auch die Gefährdung für erneute depressive Episoden hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 25 Ziff. 6.3.3). Die Wiederaufnahme einer Tätigkeit im angestammten Bereich als ..., als Mitarbeiterin im ..., aber auch in einer verwandten Tätigkeit, z.B. Verkauf/Vertrieb von ... sei zumutbar. Die Belastbarkeit sei jedoch reduziert. Primär aufgrund des Untergewichtes, aber auch aufgrund der Vulnerabilität für erneute depressive Episoden seien die Leistungsreserven vermindert, wodurch die Beschwerdeführerin rascher schöpft sei, womit das Risiko einer weiteren Gewichtsabnahme und der damit verbundenen zusätzlichen Leistungsintoleranz zunähme (S. 26 Ziff. 6.3.3). Von März bis Juli 2014 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich bestanden. Im Rahmen des Wiedereingliederungsversuches am alten Arbeitsplatz sei die Beschwerdeführerin von Juli bis November 2014 zu ca. 70 % arbeitsunfähig gewesen. Von November 2014 bis ca. September

2016 habe erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Medizinisch-theoretisch sei seit September 2016 von einer aktuellen Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % (d.h. vier Stunden täglich an fünf Tagen pro Woche) auszugehen (S. 26 Ziff. 6.3.3, S. 31 Ziff. VI/1). Die Beschwerdeführerin benötige mehr Zeit, um sich zu regenerieren. Medizinische Massnahmen seien weiterhin notwendig bzw. könnten eventuell noch optimiert werden. Sollte es durch eine Optimierung der ambulanten Behandlung bzw. durch eine zumutbare stationäre Behandlung in einer spezialisierten Klinik für Essstörungen gelingen, das ritualisierte Ess-Brechen zu vermindern und das Körpergewicht auch nur um drei bis vier Kilogramm zu erhöhen, wäre die psychophysische Belastbarkeit höher und damit eine erhöhte medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von maximal 60 bis 70 % im angestammten Bereich zu erwarten (S. 26 Ziff. 6.3.3).

3.1.3 In der Stellungnahme vom 3. Mai 2018 (AB 126 S. 2) äusserte der Experte erhebliche Zweifel, ob die erst seit 2016 aufgetretenen, posttraumatischen Symptome kausal mit dem Jahrzehnte vorher stattgefundenen Missbrauch zusammenhängen oder ob es sich hierbei nicht um «Epi-Phänomene» einer Traumabehandlung einer diesbezüglich suggestiblen Persönlichkeit handle. In diesem Sinne habe er im Gutachten keine Traumatherapie vorgeschlagen, sondern eine moderate Erhöhung des Körpergewichts um drei bis vier Kilogramm, welche die körperliche Resistenz und Arbeitsfähigkeit der untergewichtigen Beschwerdeführerin zusätzlich erhöhen könne und durchaus zumutbar sei.

3.1.4 Die behandelnde Psychologin MSc. clin. psy. I. _____ führte im Bericht der Klinik G. _____ AG vom 3. Juli 2018 (AB 130 S. 2) aus, dass die Beschwerdeführerin extrem in der Lage sei, sich für wenige Stunden am Tag zusammenzureissen. Nach ca. zwei bis vier Stunden sei sie in der Regel stark erschöpft, so dass sie ein bis zwei Tage brauche, um sich wieder zu erholen. Es folge dann ein totaler Rückzug mit klaren Symptomen einer schweren depressiven Episode. Ebenso sei die Suizidalität anhaltend, was ebenfalls für eine chronische Schwere der Depression spreche (S. 3). Vor der Therapie in G. _____ habe die Beschwerdeführerin mit der bereits verdauten Kalorienanzahl von 15'000 bis 20'000 Kalorien gelebt, wobei es genügend Studien gebe, die belegten, dass bei so kalo-

risch hohen Ess-Brech-Anfällen ca. 15- 20% der zugenommenen Kalorien bereits verdaut seien. Die Essensanfälle seien auf einer so hohen Kalorienzahl gewesen, dass sie genügend dysfunktionale Energie gehabt habe, um in der Arbeitswelt zu bestehen. Seit der Therapie in G._____ habe sich die Kalorienanzahl auf 1'000 bis 1'500 Kalorien reduziert, von welcher sie ca. nur 20 % im Körper aufnehme und daher nicht mehr dieselbe körperliche und psychische Leistung erbringe wie vor der Therapie (S. 4). Mit der Reduktion der Kalorienzahl sei eine rapide Gewichtsreduktion auf ca. 42 Kilogramm erfolgt. Das primäre Ziel sei gewesen, dass die Beschwerdeführerin wieder lernte, zu essen und dieses zu behalten und nicht zu erbrechen. Dadurch betrage das Gewicht heute konstant 46 bis 47 Kilogramm ohne hochkalorische Ess-Brech-Anfälle. Seit dem Gewicht von 47 bis 48 Kilogramm stagniere die konstante Steigung. Bei 48 Kilogramm bekomme sie eine teilweise weichere Brust, was bei ihr noch ein starker Trigger ihres Kindheitstraumas darstelle. Mit traumaspezifischen Interventionen und Spiegelexpositionen werde versucht, dieses zu überwinden (S. 5). Eine Gewichtserhöhung könne vermutlich nicht ohne Traumatherapie stattfinden, da ein starker Zusammenhang bestehe insbesondere hinsichtlich der damit veränderten Körperwahrnehmung (S. 8). Aktuell brauche die Beschwerdeführerin bei vier Stunden Arbeitszeit ein bis zwei Tage Erholung (S. 7). Für den Beruf als ... habe sie jedoch zu wenig Energie und ihre Fingergelenke schmerzten zu sehr (S. 8). Eine stationäre Behandlung mit Gewichtssteigerung werde nicht empfohlen, da diese zur Verstärkung der Traumata führe (S. 9).

3.1.5 Im Bericht vom 7. August 2018 (AB 133) hielt Dr. med. univ. H._____ als Diagnose eine komplexe Traumafolgestörung mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstruktur, eine chronifizierte bulimische Anorexie sowie eine rezidivierend depressive Störung, zumindest mittelgradiger Episode, chronifiziert und einen schädlichen Alkoholkonsum fest. Die komplexe Traumafolgestörung sei als Grunderkrankung anzusehen, auf deren Grundlage sich sowohl die Essstörung als auch die affektive Störung entwickelt hätten. Einen erzwungen stationären Aufenthalt zur gezielten Gewichtszunahme erachte sie als kontraindiziert, auch weil sich die Beschwerdeführerin während des gesamten bisherigen Behandlungsverlaufs freiwillig um eine Gewichtszunahme bzw. -stabilisierung bemüht habe

(S. 6). Zudem habe sie sich bereits mehrmals (nur) zur Behandlung ihrer Essstörung in stationärer Behandlung befunden, jeweils ohne langfristigen Erfolg. Die Essstörung stelle denn auch nicht das Hauptproblem dar, sondern vielmehr eine dysfunktionale Coping-Strategie im Rahmen des komplexen Krankheitsbildes (S. 1). Auch für eine Anpassung der medikamentösen Therapie, vor allem zur Installation eines sog. «mood-stabilizers» bestehe zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Indikation. Insbesondere weil die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit bereits mehrfach sehr schlecht auf Medikamente angesprochen habe und das Risiko erneuter Nebenwirkungen bestehe (S. 6). Im Rahmen der tagesklinischen Behandlung in ... 2014 seien auch die für die Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ geforderten Kriterien nach ICD-10 erfüllt gewesen. Da es sich bei einer Persönlichkeitsstörung um ein andauerndes Krankheitsbild handle und sie auch weiterhin die für eine «Borderline-Störung» charakteristischen Beeinträchtigungen zeige, könne der diagnostischen Einschätzung des Gutachters nicht zugestimmt werden, welche lediglich von einer Akzentuierung in diese Richtung ausgehe (S. 2). Die Beschwerdeführerin habe im Rahmen der Begutachtung einen besonders «guten» Eindruck hinterlassen wollen, weshalb ihr subjektives Befinden nicht mit der Wahrnehmung des Gutachters übereinstimme. Sie empfinde ihre «psychischen Probleme» als sehr beschämend und habe grosse Mühe, offen über diese zu sprechen. Nichtsdestotrotz erfülle sie seit Behandlungsbeginn die Kriterien einer zumindest mittelgradig depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, wobei es im Verlauf mehrfach zu einer Zunahme der depressiven Symptome gekommen sei und sie die ICD-10 Kriterien einer schweren depressiven Episode erfüllt habe (S. 3). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seitens des Gutachters könne nicht nachvollzogen werden. Aufgrund des aktuellen Zustandes verfüge die Beschwerdeführerin weder körperlich noch psychisch über die notwendigen Voraussetzungen für Integrationsmassnahmen. Allerdings sei im Rahmen der Behandlung langfristig eine Zustandsstabilisierung zu erhoffen, die eventuell auch erneute Integrationsmassnahmen zulassen würden. Eine Traumatherapie werde als Voraussetzung für den weiteren Behandlungsverlauf erachtet. Eine langfristige Gewichtszunahme erscheine ohne gleichzeitigen Schwerpunkt auf eine Aufarbeitung der traumatischen Erfahrung wenig erfolgsversprechend, vor allem ange-

sichts der ausgeprägten körperbezogenen Ängste in Zusammenhang mit einer Gewichtszunahme und einer dadurch evtl. resultierenden «Verweiblichung» des Körpers (S. 7 f.).

3.1.6 Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie des Spitals K._____ stellte in den Berichten vom 6. März (AB 139 S. 6 f.), vom 10. April (AB 139 S. 4 f.) und vom 19. Oktober 2018 (AB 139 S. 2 f.) - soweit hier von Interesse - die Verdachtsdiagnose eines Chilblain Lupus mit kutan pathognomonischen Veränderungen im Bereiche Dig. II beidseits, Dig. IV rechts sowie Dig. V beidseits. Trotz der warmen Temperaturen bestehe ein rezidivierendes Auftreten an den Fingerkuppen der Hände beidseits mit Bläschenbildung wie auch ein artikulärer Befall von MCP (Articulationes metacarpophalangeae; Fingergrundgelenke) und PIP (proximales Interphalangealgelenk). Es sei am 16. Oktober 2018 eine Therapie mit Plaquenil 200 mg/Tag begonnen worden (AB 139 S. 2).

In der Stellungnahme vom 26. Februar 2019 (AB 145) bestätigte derselbe Arzt die Diagnose einer Konnektivitis (Ziff. 1). Es bestehe ein Chilblain-Lupus, eine lokalisierte Form einer Konnektivitis, entsprechend einer undifferenzierten Konnektivitis mit ANA-Positivität, Oligo- bis Polyarthritiden und kutanen Veränderungen. Die Diagnosekriterien für einen systemischen Lupus erythematoses seien darunter nicht erfüllt (Ziff. 2). Unter der Therapie mit Plaquenil 200mg/Tag seien die Hautbefunde und die Gelenkbeteiligungen in Remission (Ziff. 4-5). Aus rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt, sofern diese wechselnd belastend, ergonomisch durchgeführt und körperlich leicht belastend sei (S. 2 Ziff. 9).

3.1.7 Der RAD-Arzt Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 12. Juli 2019 fest (AB 147), die bei der Beschwerdeführerin gestellten (psychischen) Diagnosen wirkten sich gemäss den Ausführungen im Gutachten von Dr. med. F._____ vom 8. März 2018 (vgl. AB 120.1) aus. Aus somatischer Sicht sei zudem darauf zu achten, dass die Tätigkeit im Einklang mit der Einschätzung des behandelnden Rheumatologen wechselnd belastend, ergonomisch durchgeführt und körperlich leicht belastend sei. Gemäss dem RAD-Arzt Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin

und Rheumatologie, wäre die Tätigkeit als ... mit der Störung (Chilblain-Lupus), die sich in Remission befinde, prinzipiell vereinbar bzw. zumutbar, jedoch stelle dies nicht die optimale Beschäftigung dar.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Externen Beurteilungen, die nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, ist bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vor-

behalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5).

3.3 In somatischer Hinsicht ist aufgrund des neurologischen Teilgutachtens des Dr. med. D. _____ (AB 36.1 S. 4 ff.) und der rheumatologischen Berichte des Spitals K. _____ (AB 139, 145), wonach die durch den Chilblain-Lupus verursachten Hautbefunde und Gelenkbeteiligungen unter Therapie (Plaquenil 200mg/Tag) in Remission seien, von keiner wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, auch wenn die angestammte Tätigkeit gemäss dem RAD-Rheumatologen und Internisten Dr. med. M. _____ keine optimale Tätigkeit darstellt (AB 147 S. 2). Doch selbst wenn von einer Unzumutbarkeit der angestammten Tätigkeit als ... auszugehen wäre, ändert sich im Ergebnis nichts, resultierte bei dem höchsten im Vollpensum je erzielten Valideneinkommen von Fr. 60'800.-- im Jahr 2013 (AB 18 S. 4 Ziff. 2.12; damit übereinstimmend AB 82 S. 1) und einem Invalideneinkommen gemäss LSE 2014, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen (jährlich Fr. 51'600.--; noch ohne Anpassung auf die betriebsübliche Arbeitszeit), offenkundig kein Rentenanspruch.

In psychiatrischer Hinsicht erfüllt das Gutachten des Dr. med. F. _____ vom 8. März 2018 (AB 120.1) - jedenfalls was die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen betrifft - die Anforderungen an einen beweiskräftigen medizinischen Bericht, weshalb darauf grundsätzlich abgestellt werden kann. Gestützt darauf ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin an einer chronifizierten anorektischen Bulimie mit chronischem Untergewicht und einer rezidivierenden depressiven Störung mit aktuell leichtgradiger Episode leidet. Daraus leitete der Experte in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit von März bis Juli 2014, von Juli bis November 2014 eine 70%ige, von November 2014 bis September 2016 erneut eine volle Arbeitsunfähigkeit und ab September 2016 eine 50%ige Arbeits(un)fähigkeit ab. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe keine höhere Arbeitsfähigkeit (S. 32). Bei einer moderaten Gewichtszunahme würde die Arbeitsfähigkeit auf gemittelt 65 % erhöht (S. 31).

Die vom Experten vorgenommene Diagnosestellung wurde von diesem nachvollziehbar und einleuchtend begründet und steht überdies weitgehend im Einklang mit dem Vorgutachten, wobei er die diagnostische Differenz zum Vorgutachten (keine Persönlichkeitsstörung, sondern lediglich Züge einer solchen) überzeugend erklärte. Die Berichte der behandelnden Psychologin bzw. Ärztin vermögen am Gutachten keine Zweifel zu wecken. Betreffend Dr. med. univ. H. _____ ist festzustellen, dass sie gemäss dem vom Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) geführten Medizinalberuferegister (Art. 51 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe [MedBG; SR 811.11]) (noch) über keinen Facharztstitel verfügt, so dass nicht von einer fachärztlichen Beurteilung als Grundlage für die Invalidität gesprochen werden kann (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 29. August 2019, 8C_247/2019, E. 6.1) und ihre Beurteilung somit auch nicht geeignet ist, die fachärztliche Beurteilung des Experten zu entkräften (Entscheid des BGer vom 6. Oktober 2014, 9C_139/2014, E. 5.2 mit Hinweisen; vgl. Beschwerde S. 6). Dasselbe gilt auch für die behandelnde Psychologin. Abgesehen davon zeigte Dr. med. univ. H. _____, die abweichend vom Experten von einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (und nicht nur von entsprechenden Zügen) ausging, keine vom Gutachter nicht gewürdigten oder gar unerkannt gebliebenen Aspekte auf, sondern würdigte die anamnestischen Angaben anders als der Gutachter. Was die von ihr diagnostizierte komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) betrifft, stellte der Experte zum einen fest, dass bisher keine sicheren klinischen Anhaltspunkte für eine PTBS bestanden haben, was auch von Dr. med. univ. H. _____ nicht bestritten wurde, und die postulierte komplexe Traumafolgestörung in der geltenden ICD-10, die aktuell massgebend ist, nicht enthalten ist. Ob mit dem Gutachter von einer anorektischen Bulimie oder mit Dr. med. univ. H. _____ von einer bulimischen Anorexie auszugehen ist, dürfte eher von akademischem Interesse sein, weil letztlich nicht die genaue diagnostische Zuordnung entscheidend ist, sondern, welche Auswirkungen der Gesundheitsschaden auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. Entscheid des BGer vom 22. Juli 2019, 9C_857/2018, E. 4.2.1, sowie BGE 139 V 346 E. 3.4 S. 346). Schliesslich sind nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung die verschiedenen medizinisch-psychiatrischen Interpretationen zulässig und zu respektieren, sofern der Experte - wie in concreto -

lege artis vorgegangen ist (statt vieler: Entscheid des BGer vom 23. Mai 2019, 9C_851/2018, E. 4.2.2 mit Hinweisen). Was die unterschiedliche Folgenabschätzung betrifft, ist überdies dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die medizinische Folgenabschätzung - gerade, aber nicht nur im Bereich der Psychiatrie - eine hohe Variabilität aufweist und unausweichliche Ermessenszüge trägt (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195, 137 V 210 E. 3.4.2.3 S. 253) sowie dass die behandelnden Ärzte und Psychologen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall die Einschätzung eher zu Gunsten ihrer Patienten vornehmen. Damit ist der rechtserhebliche Sachverhalt hinreichend erstellt. Auf weitere Abklärungen kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Zu prüfen bleibt, ob anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen ist, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416).

4.

4.1 Der psychiatrische Sachverständige zeigte keine Diskrepanzen im Sinne eines Ausschlussgrundes auf, insbesondere stellte er keinen Hinweis für eine bewusste Aggravation oder gar Simulation fest (vgl. AB 120.1 S. 20 lit. f). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus (vgl. E. 2.2.2 hiervoor), womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.2.3 hiervoor).

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

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

4.2.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Im Rahmen der zweimaligen Untersuchung fiel der psychopathologische Befund gemäss AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) im Wesentlichen unauffällig aus (AB 120.1 S. 14 Ziff. 4.3.1; vgl. auch S. 22), was sich mit den Ergebnissen des Mini-ICF-App weitestgehend deckt, wonach lediglich bei der Durchhaltetätigkeit eine mässige Verminderung festgestellt wurde (AB 120.1 S. 25). Folglich kann die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht als schwer bezeichnet werden.

4.2.1.2 Sodann ist auf die Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Zur Behandlung legte der Experte dar, die Beschwerdeführerin sei bereits in Deutschland mehrfach für einige Wochen in psychosomatischen Kliniken hospitalisiert gewesen. In der Schweiz sei die erste teilstationäre Behandlung im Oktober 2014 erfolgt, von November 2014 bis April 2015 sei sie stationär in der Klinik G._____ behandelt worden (AB 120.1 S. 21). Aktuell habe sie jeweils am Montag Ernährungsberatung in ..., am Dienstag Physiotherapie/Aufbautraining in ..., am Donnerstag ihre wöchentliche Therapiestunde bei der Psychologin in der Rehaklinik N._____ und am Freitag ihre wöchentliche Therapiestunde bei Dr. med. univ. H._____ im Kantonsspital O._____ (AB 120.1 S. 9). Der Gutachter bemerkte, medizinische Massnahmen seien weiterhin notwendig und könnten evtl. noch optimiert werden. Die offenbar noch laufende Traumatherapie sollte - wenn überhaupt - nicht forciert werden, führe sie doch subjektiv eher zu einer Belastung und berge das Risiko, dass die Beschwerdeführerin nicht gesunde, sondern noch zusätzliche Symptome wie Dissoziationen entwickle. Die psychotherapeutischen Massnahmen sollten sich eher verhaltenstherapeutisch auf die weitgehend ritualisierte Essstörung konzentrieren. Eine stationäre Behandlung in einer Klinik für Essstörungen sollte zumindest versucht werden. Auch medikamentös sei eine weitere Optimierung möglich, weil das aktuell eingesetzte Mirtazapin entweder unterdosiert sei oder nicht re-

gelmässig eingenommen werde. Zusätzlich könnte ein stimmungsstabilisierendes Medikament wie Lamotrigin eingesetzt werden (AB 120.1 S. 26). Was die vom Gutachter vorgeschlagene stationäre Behandlung in einer Klinik für Essstörungen betrifft, hielten die behandelnde Psychologin (AB 130 S. 8 f.), Dr. med. univ. H. _____ (AB 133 S. 1 f.) sowie der RAD-Psychiater Dr. med. L. _____ (AB 136 S. 4) eine rasche Gewichtserhöhung im stationären Rahmen für nicht erfolgsversprechend und eher kontraproduktiv. Zur Medikation führte Dr. med. H. _____ aus, dass es unter Therapie mit Mirtazapin und Quetiapin auch bei niedriger Dosierung bzw. subtherapeutischen Serumspiegelwerten zu einer Reduktion der Schlafstörungen gekommen sei, sodass eine Dosissteigerung unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen (Gewichtszunahme), die sich kontraproduktiv auf den Genesungsverlauf auswirken könnten, nicht empfohlen werde. Auf die Gabe eines Mood-Stabilizers sei aus Gründen der Psychotherapie (keine Beeinträchtigung der Fähigkeit, die Gefühle wahrzunehmen) sowie der möglichen Nebenwirkungen verzichtet worden (AB 133 S. 5 f.). Mit Blick auf die Beurteilung des Experten sowie die Stellungnahme der behandelnden Fachpersonen scheinen die Therapiemassnahmen weitgehend adäquat. Auch ist aufgrund der von der behandelnden Psychologin bzw. Psychiaterin geschilderten Therapiefortschritte (schrittweise Gewichtszunahme, Normalisierung der Kalorienzahl des Abendessens, erfolgreiche Einführung einer morgendlichen Mahlzeit [AB 130 S. 5, 133 S. 1]) nicht von einer Behandlungsresistenz auszugehen (vgl. Beschwerde S. 7).

In Bezug auf die Eingliederung ist festzustellen, dass ein am 12. Februar 2017 begonnenes Belastbarkeitstraining mit einem 25 %-Pensum am 24. März 2017 abgebrochen wurde, nachdem Dr. med. univ. H. _____ die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig geschrieben hatte, weil die psychische Belastung zu hoch sei (AB 95). Dem Gutachten ist jedoch auch zu entnehmen, dass die früher sehr leistungsmotiviert gewesene Beschwerdeführerin in ein «Schwarz-weiss-Denken» verfallen sei und sich nun der Leistungsorientierung verweigere bzw. ins Gegenteil verfallen sei (AB 120.1 S. 19 Ziff. 4.4 lit. c).

4.2.1.3 Was den Indikator Komorbiditäten anbelangt, postulierte der Gutachter keine Wechselwirkungen zwischen der chronifizierten anorektischen

Bulimie und der rezidivierenden depressiven Störung (vgl. AB 120.1), so dass sich insoweit keine Hinweise für ressourcenhemmende Komorbiditäten ergeben.

4.2.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) verneinte der Experte das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (AB 120.1 S. 24), doch diagnostizierte er als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit emotional instabile Persönlichkeitszüge (S. 23).

4.2.3 Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) legte der Gutachter dar, die Beschwerdeführerin habe immer wieder Partner gehabt, auch befriedigende, längere Partnerschaften. Aktuell habe sie seit einem Jahr keine feste Beziehung mehr (AB 120.1 S. 11). Sie lebe alleine in einem Studio, doch habe sie einige gute Kontakte in ... sowie in ..., u.a. einen Bekannten, der sie zur Begutachtung gefahren habe. Überhaupt sei sie kontaktfreudig und spreche mit Menschen, kenne viele Nachbarn und Bewohner im Dorf, sie sei gerne in der Natur unterwegs, spaziere (AB 120.1 S. 12 Ziff. 3.2.8). Damit stellte der Gutachter keinen sozialen Rückzug fest bzw. hält das soziale Umfeld gewisse (mobilisierbare) Ressourcen bereit. Daran ändert die Stellungnahme der Dr. med. univ. H. _____ nichts, in welcher die Partnerschaften, Sozialkontakte bzw. die Fähigkeit zu sozialen Interaktionen komplett anders eingeschätzt werden, was angesichts der bei der Begutachtung gemachten Aussagen - wobei erwartet werden darf, dass die versicherte Person die wichtigen Lebensereignisse und massgebenden Umstände gegenüber dem Experten offenlegt (vgl. Entscheid des BGer vom 19. März 2015, 8C_671/2014, E. 4.2.2 - nicht überzeugt).

4.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie «Konsistenz». Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.).

4.3.1 Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) bemerkte der Experte gewisse Inkonsistenzen, und zwar sowohl in der Längs- als auch der Querachse. So habe die Beschwerdeführerin jahrelang mit demselben Untergewicht bzw. Essstörung voll auf dem Beruf

gearbeitet. Zudem sei sie aktuell im privaten Bereich täglich unterwegs, besuche im wöchentlichen Turnus Körper- bzw. Psychotherapien und nehme hierfür teilweise stundenlange Wege mit dem öffentlichen Verkehr in Anspruch (AB 120.1 S. 20), was nicht mit der von der behandelnden Psychologin geltend gemachten schnellen Erschöpfbarkeit nach zwei bis vier Stunden mit entsprechend erforderlicher Erholungszeit von ein bis zwei Tagen (AB 130 S. 3) vereinbar ist. Dem Gutachten kann ferner entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin gerne liest, gerne in der Natur unterwegs ist, Spaziergänge unternimmt und ab und zu in Deutschland weilt (S. 12), wobei eine gesundheitsbedingte Veränderung oder Beeinflussung der Alltagsaktivitäten sowie der sozialen Kontakte gegenüber dem Gutachter nicht beschrieben wurde. Mit dem Gutachter sind die frühere vollschichtige Arbeitstätigkeit (bei bereits bestehendem Gesundheitsschaden) sowie die aktuellen nebenberuflichen Aktivitäten und erhaltenen Fähigkeiten mit der von den behandelnden Dr. med. univ. H. _____ sinngemäss attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht zu vereinbaren (AB 133 S. 7).

4.3.2 Was den Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) betrifft, konstatierte der Gutachter, dieser bestehe in erster Linie in Bezug auf die beengten finanziellen Verhältnisse, zuvor auch in Bezug auf die im Winter 2017 unsichere Aufenthaltsberechtigung. In Bezug auf die Grundkrankheit, die Essstörung, bestehe ein erstaunlich geringer Leidensdruck. Die Beschwerdeführerin scheine sich seit Jahrzehnten mit der anorektischen Bulimie arrangiert zu haben und benutze diese u.a. zur Spannungsregulation (AB 120.1 S. 20).

4.4 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund ist auf die ärztlicherseits attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Optik nicht abzustellen.

5.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 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. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist aufgrund der Akten und angesichts der sozialhilferechtlichen Unterstützung ausgewiesen (vgl. Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 5 f.). Das Verfahren war nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen und eine anwaltliche Verbeiständung war geboten, so dass der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren ist unter Beiordnung von Fürsprecher B. _____ als amtlicher Anwalt.

6.2 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) - jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

6.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

6.4 Festzusetzen bleibt indes das amtliche Honorar von Fürsprecher B._____.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Kostennote von Fürsprecher B._____ vom 27. Dezember 2019 ist nicht zu beanstanden. Entsprechend dem geltend gemachten Aufwand von 12.25 Stunden ist das amtliche Honorar auf Fr. 2'450.-- (12.25 h x Fr. 200.--/h), zuzüglich Fr. 47.80 Auslagen und Fr. 192.35 Mehrwertsteuer (7.7 % von Fr. 2'497.80), somit auf total Fr. 2'690.15, festzusetzen und Fürsprecher B._____ aus der Gerichtskasse zu vergüten. Die Beschwerdeführerin hat dem Kanton Bern diese Kosten nach den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO - d.h. sobald sie innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist - nachzubezahlen (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Fürsprecher B. _____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung 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. Dem amtlichen Anwalt B. _____ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'690.15 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzte Entschädigung vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.