

200 20 25 IV
KOJ/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. April 2020

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. November 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1972 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Oktober 2017 unter Hinweis auf eine psychische Krankheit (Depression) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm in der Folge erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor, wobei sie auch die Akten der zuständigen Krankentaggeldversicherung (act. II 9.1-5, 26.1-5) edierte. Ausserdem gewährte sie der Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form von sozialberuflicher Rehabilitation (vom 4. Juni bis 3. September und vom 17. September bis 9. Dezember 2018; act. II 32, 40) und veranlasste eine psychiatrische Begutachtung (Gutachten vom 2. April 2019; act. II 63.1). Mit Vorbescheid vom 15. Mai 2019 (act. II 66) stellte sie der Versicherten die Verneinung eines Leistungsanspruchs in Aussicht. Nach erhobenem Einwand der Versicherten (act. II 67, 70) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 74) verneinte die IVB mit Verfügung vom 27. November 2019 (act. II 75) entsprechend dem Vorbescheid einen Leistungsanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 10. Januar 2020 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung der IVB vom 27. November 2019 sei aufzuheben. Es sei ihr mindestens eine Viertelsrente seit April 2018 zuzusprechen.

In der Beschwerdeantwort vom 12. Februar 2020 schliesst die Beschwerdegegnerin 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 27. November 2019 (act. II 75). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen, namentlich eine Rente, der IV (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I).

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

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

2.

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

2.2 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

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

2.3 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale

Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

2.4 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).

2.5 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 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6). 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 sym-

metrische 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 Prüfungsrasster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbe gründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.6 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.

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

3.

3.1 Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Der Hausarzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 15. Juli 2017 (act. II 26.2 S. 2) zuhanden der Krankentaggeldversicherung eine Angststörung und eine mittelschwere Depression. Psychosoziale bzw. soziokulturelle Belastungsfaktoren hätten keinen Einfluss. Er attestierte vom 6. bis 15. April 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, vom 16. bis 3. Mai 2017 eine solche von 50 % und vom 4. Mai bis 31. Juli 2017 eine solche von 60 %. Wegen der Psyche sei das Arbeiten generell in allen Bereichen zu 40 % eingeschränkt.

3.1.2 Im Austrittsbericht des psychiatrischen Dienstes D. _____ vom 19. September 2017 (act. II 26.2 S. 4-6), über die Hospitalisation vom 24. August bis 13. September 2017, wurde als Diagnose eine Erschöpfungsdepression nach hohem Arbeitspensum, bei hohen Leistungsansprüchen und diversen psychosozialen Faktoren (jahrelange Überarbeitung, teilweise Pensum über 100 %, „innerer Treiber“-Einschlafschwierigkeiten, Grübeln, vermehrtes Weinen, Schwindel, Inappetenz, Zittern, verstärktes Herzklopfen, starke Erschöpfung, hohe Geräuschempfindlichkeit und Tinnitus) genannt (act. II 26.2 S. 4). Am Tag des Austritts habe sich die Patientin zuversichtlich gestimmt gezeigt, am Tag nach dem Austritt niedergestimmt (act. II 26.2 S. 6).

3.1.3 Am 23. November 2017 diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine mittelschwere depressive Störung mit somatischem Syndrom und eine Panikattacke. Neben den Belastungen im Beruf und dem Herzinfarkt des Ehemannes sei der Wohnungsbrand im Januar 2017 sehr belastend, diesen habe die Patientin als traumatisch erlebt. Seitdem habe sie einen Tinnitus und sei extrem geräuschempfindlich (act. II 16 S. 2).

3.1.4 Im Austrittsbericht der Klinik F. _____ vom 19. Februar 2017 (recte: wohl 2018; act. II 23), über die stationäre Behandlung vom 6. Oktober bis 23. Dezember 2017, wurden als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und sonstige Reaktionen auf schwere

Belastung (ICD-10 F43.8) gestellt (act. II 23 S. 1). Die psychiatrische Anamnese sei bis anhin bland (act. II 23 S. 2). In Zusammenschau des Gesamtverlaufs habe eine gute Remission der initialen Symptomatik erzielt werden können. Die Patientin habe zum Austrittszeitpunkt in einem deutlich gebesserten, stimmungsstabileren und zuversichtlichen Zustand imponiert. Sie habe sich motiviert gezeigt, die während des stationären Aufenthalts erlernten Fähigkeiten in den Alltag zu integrieren (act. II 23 S. 5).

3.1.5 Im Bericht der Psychiatrischen Dienste G._____ AG vom 25. April 2018 (act. II 30) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; seit mindestens April 2017; Status nach schwerer depressiver Episode) und sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen (ICD-10 F43.8, u.a. Brand in Wohnung, Herzinfarkt mit Herzstillstand des Ehemannes, seit Anfang 2017) vermerkt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Status nach Anpassungsstörung. Aufgrund der noch vorhandenen depressiven Symptomatik sei ein schrittweiser (beruflicher) Wiedereinstig angezeigt. Die Patientin befinde sich nach wie vor in teilstationärer Behandlung bis voraussichtlich am 23. Mai 2018. Gegenwärtig sei die Patientin zu 100 % arbeitsunfähig (act. II 30 S. 4). Am 25. Mai 2018 bestätigten die Behandler der Psychiatrischen Dienste G._____ AG zuhanden der Krankentaggeldversicherung diese Angaben (act. II 34).

3.1.6 Dr. med. E._____ erwähnte im Bericht vom 9. Juli 2018 (act. II 37), der Gesundheitszustand habe sich verbessert. Bei der letzten Diagnosestellung habe es sich um einen Status nach schwerer Depression gehandelt, aktuell handle es sich um eine mittelgradige depressive Störung mit teilweise Remission und sonstige Reaktionen aus schweren Belastungen (ICD-10 F43.8; Brand in der Wohnung, Herzinfarkt mit Herzstillstand des Ehemannes; act. II 37 S. 1). Seit Monaten sei die Patientin zu 100 % arbeitsunfähig, sicher bis Ende August 2018 (act. II 37 S. 2).

3.1.7 Im zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstatteten psychiatrischen Gutachten des Zentrums für interdisziplinäre Begutachtungen ZIB H._____ GmbH vom 9. Oktober 2018 (act. II 45) diagnostizierte Dr. med. H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine gegenwärtig mittelgradige depres-

sive Episode mit/bei ausgeprägter Angstkomponente, teilremittiert bei Status nach schwerer depressiver Episode, initialer Diagnose einer Erschöpfungsdepression nach hohem Arbeitspensum, hohen Leistungsansprüchen und diversen psychosozialen Belastungsfaktoren, Persönlichkeitsstruktur mit stark leistungsorientierten, wenig selbstfürsorglichen und perfektionistischen Zügen mit übermässigen Ansprüchen an sich selber (ICD-10 F32.1) und sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen im Sinne einer Traumafolgestörung nach Hausbrand und nach Herzinfarkt des Ehemannes (ICD-10 F43.8; act. II 45 S. 15). Es sei weiterhin von wesentlichen funktionellen Einschränkungen psychischer Grundfunktionen (act. II 45 S. 17) auszugehen, welche vom Ausmass her noch keine verwertbare Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... mit Führungsfunktion und vergleichbaren Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt erwarten liessen. In einer Verweistätigkeit mit geringem Anspruch an die Stressbelastbarkeit, an die kognitiven Funktionen und an die interpersonellen Anforderungen im geschützten Rahmen sei eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mit höchstens moderaten Ansprüchen an die Stressbelastbarkeit, an die kognitiven Funktionen und an die interpersonellen Anforderungen sei medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von vorerst maximal 20 % zumutbar, dies aber unter engmaschiger therapeutischer Begleitung und einem professionellen Coaching. Prognostisch müsse mit einer weiteren Dauer der vollen Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit während mindestens weiteren drei Monaten gerechnet werden, anschliessend könne bei positivem Verlauf ein schrittweiser beruflicher Wiedereinstieg beim bisherigen Arbeitgeber vorerst ohne Führungsfunktion in Begleitung eines Case-Managements erfolgen (act. II 45 S. 18). Psychosoziale Belastungsfaktoren hätten im vorliegenden Fall für die Entwicklung der depressiven Störung und der Traumafolgestörung eine wesentliche Bedeutung gehabt, wobei eine jahrelange Überarbeitung und Überlastung vor dem Hintergrund einer stark leistungsorientierten und wenig selbstfürsorglichen Persönlichkeitsdisposition über die Jahre zu einem Aufbrauchen der psychischen Ressourcen geführt habe, was dann zusammen mit den traumatisch erlebten Ereignissen des Hausbrandes und des Herzinfarktes des Ehemannes, welche starke Verlustängste ausgelöst hätten, zur psychischen Dekompensation mit schwerer depressiver Episode geführt habe. Dabei habe sich eine eigenständige,

von den auslösenden psychosozialen Belastungen abgekoppelte depressive Symptomatik mit eigenständigem Krankheitswert entwickelt (act. II 45 S. 19).

3.1.8 Im RAD-Bericht vom 2. November 2018 (act. II 46 S. 4 ff.) legte Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, dar, dass die diagnostischen Einschätzungen – mittelgradige Depression (ICD-10 F32.1) und sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) – auf verschiedenen Inkonsistenzen beruhten. Die dokumentierte Lern- und Prüfungsfähigkeit (erfolgreiches Ablegen der Masterprüfung im Mai 2017) sowie Reise- und Ferienfähigkeit (Ferien im Juli, Dezember 2017 und September 2018) während der Teilkrankschreibung sprächen gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten affektiven Störung, somit auch gegen das Vorliegen einer mittelgradigen oder schwergradigen Depression, bei welcher gemäss ICD-10 die Betroffenen bereits grosse Schwierigkeiten hätten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen. Alle seit 2017 aktenkundigen Berichte belegten, dass die Versicherte in Stimmung und Affekt situativ und auf äussere Umstände reagiert habe und reagiere (act. II 46 S. 15). Die dokumentierten Herz-Kreislauf-Funktions- und Laborparameter seien sämtlich normal und sprächen sowohl gegen eine akute oder chronische Stressreaktion, als auch gegen Fehl- und Mangelernährung, die eine krankhafte Erschöpfung begründen könnten, wie sie bei leistungsrelevanten psychiatrischen und/oder somatischen Erkrankungen zu erwarten wären. Gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten depressiven Erkrankung sprächen die Autonomie, der aktive Tagesablauf und die aktive Teilhabe am Leben der Gesellschaft, die unbeeinträchtigte Befähigung zur Selbstfürsorge und die Fähigkeit zum Sich-Abgrenzen. Zielgerichtetes Planen und Handeln seien uneingeschränkt möglich. Zur Diagnose der sonstigen Reaktion auf schwere Belastung fänden sich bis auf die anamnestische Erwähnung von psychosozialen Belastungsfaktoren (Wohnungsbrand, Prüfungsdruck, Erkrankung des Ehemannes) in den vorliegenden Akten keine weiteren Angaben, insbesondere keine objektiven Befunde. Die Diagnose könne ebenfalls nicht gestellt werden (act. II 46 S. 16). Spätestens seit dem 23. Dezember 2017 (Austritt Klinik F. _____) sei die Attestierung einer fortlaufenden 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit, einschliesslich der attestierten Diagnosen, der hierzu fehlenden objektiven Befunde bei vorliegender unbeeinträchtigt-

ter Autonomie, Mobilität, freier Willensbildung und Impulskontrolle weder nachvollziehbar noch objektiv begründet. Die Versicherte sei somit spätestens seit diesem Datum in der Lage, Frauenarbeiten unterschiedlicher körperlicher Schwere, entsprechend ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten, mit betriebsüblichen Pausen bis zu einem 100 %-Pensum zu verrichten, so auch die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als ... des J. _____, ebenso wie ihre

3.1.9 Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Gutachten vom 2. April 2019 (act. II 63.1) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung mittelgradigen Ausmasses (ICD-10 F32.1) und den Verdacht auf akzentuierte leistungsorientierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) fest. Die Explorandin weise sehr leistungsorientierte Züge auf, was ihr dann zum Verhängnis geworden sei (act. II 63.1 S. 11). Hinweise auf psychosoziale Faktoren, welche ursächlich entscheidend für den jetzigen Zustand seien, seien nicht vorhanden. Es könnten allenfalls zusätzliche Faktoren eruiert werden, wie Wohnungsbrand oder Erkrankung des Ehemannes, welche allerdings eine sich schon im Vorfeld abzeichnende Entwicklung beschleunigt, doch nicht ursächlich ausgelöst hätten. Im Moment fänden sich keine weiteren psychosozialen Belastungsmomente, die eine weitere Entwicklung oder Besserung ungünstig beeinflussten. Aufgrund des aktuellen psychischen Zustandes bestehe eine verminderte Belastbarkeit, die Explorandin sei nicht in der Lage, komplexe Tätigkeiten durchzuführen und Verantwortung zu übernehmen. In der angestammten Tätigkeit könne seit der Aufnahme der ambulanten psychiatrischen Behandlung im Juni 2017 (und weiterhin) von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, wobei die Einschränkung möglicherweise schon ab April 2017 bestanden habe, allerdings nicht aus psychiatrischer Sicht begründet worden sei. Eine angepasste Tätigkeit, wo die Explorandin keine Verantwortung übernehmen müsse, die klar vorgegeben sei, ohne Zeitdruck, ohne wechselnde Arbeitsbedingungen, sollte halbtags mit voller Leistung durchführbar sein, dies seit Januar 2019. Zuvor habe auch für eine angepasste Tätigkeit seit mindestens 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden (act. II 63.1 S. 12 f.).

3.1.10 Die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ führte im Bericht vom 31. Oktober 2019 (act. II 74) aus, Dr. med. K. _____ habe medizinisch plausibel festgestellt, dass primär objektiv wenig Auffälligkeiten bestünden und die typischen Symptome einer depressiven Störung gar nicht vorhanden seien; hingegen würden die subjektiven Klagen darauf hinweisen, dass die Versicherte unter multiplen Beschwerden leide und schnell wegen Geringfügigkeiten eingeschränkt sei. Zusammengefasst sprächen der nicht krankheitswertige Psychostatus, das Fehlen depressionstypischer Symptome, der aktive Tagesablauf von 07:00 bis 22:00 Uhr sowie die dokumentierten Ressourcen (z.B. berufliche Ressourcen und Erfahrungen, die Motivation und Kooperationsfähigkeit) und die Fähigkeiten gegen eine schwergradige Erkrankung im psychiatrischen Fachgebiet. Die Einschätzung, dass die bei der Versicherten vorliegenden objektiven Befunde medizinisch als leicht- bis mittelgradig eingestuft würden, und der Gesundheitsschaden somit keine Auswirkung auf die leidensangepasste Tätigkeit habe, stehe damit auch nicht in Widerspruch zum Gutachten von Dr. med. K. _____. Der Gutachter berichte weder über affektive Erkrankungen in der Familie noch über mögliche körperliche Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Parkinson, Störungen des Schilddrüsenstoffwechsels). Die Versicherte habe selbst angegeben nie schwer erkrankt gewesen zu sein. Auch in psychiatrischer Sicht habe sie zeitlebens nie Probleme gehabt. Somit sei es plausibel, bei der Versicherten von einem ursächlichen Zusammenhang zwischen den dokumentierten psychosozialen Belastungsfaktoren und dem depressiven Geschehen auszugehen (act. II 74 S. 4).

3.2 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 139 V 99 E. 2.3.2 S. 103, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4).

3.3 Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin die psychischen Einschränkungen durch verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren hervorgerufen worden sind. Bei vorgängig blander psychiatrischer Anamnese (act. II 23 S. 2) weisen bereits die zeitlich ersten Berichte auf den reaktiven Charakter des depressiven Geschehens bei Vorliegen diverser psychosozialer Belastungsfaktoren hin. Aus dem Bericht des psychiatrischen Dienstes D. _____ vom 19. September 2017 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin als belastende Ereignisse den Herzinfarkt des Ehemannes, den Wohnungsbrand und die Bewältigung eines Arbeitspensums von über 100 % neben vielen anderen Aktivitäten angab (act. II 26.2 S. 5). Aus der diagnostischen Einschätzung der Behandler des psychiatrischen Dienstes D. _____ geht denn auch hervor, dass das psychische Leiden auf die psychosozialen Belastungsfaktoren zurückzuführen ist (Erschöpfungsdepression nach hohem Arbeitspensum und Leistungsansprüchen sowie diversen psychosozialen Belastungsfaktoren; act. II 26.2 S. 4). Der behandelnde Psychiater Dr. med. E. _____ führte im Bericht vom 23. November 2017 ebenfalls die Belas-

tungen im Beruf sowie den Herzinfarkt des Ehemannes und den Wohnungsbrand, welche die Beschwerdeführerin als sehr belastend bzw. traumatisch erlebt habe, auf (act. II 16 S. 2). Die Behandler der Klinik F._____ hielten im Bericht vom 19. Februar 2018 fest, dass die Beschwerdeführerin angegeben habe, die Symptomatik habe Mitte/Ende des Jahres 2016 begonnen, als es strenger in der Schule (Masterstudium in ...) geworden sei und sie parallel dazu ein ... übernommen habe. Weiter gab die Beschwerdeführerin ihnen gegenüber an, dass sie ein Angebot zum ... (als weiteres Standbein) angenommen (ohne Gewährung einer Reduktion des bisherigen Arbeitspensums) und Anfang 2017 einen Wohnungsbrand mit längerer Brandsanierung sowie im April 2017 einen Herzinfarkt des Ehemannes (mit Reanimation) erlebt habe (act. II 23 S. 1 f.). Vor diesem Hintergrund ist offenkundig, dass das psychische Beschwerdebild der Beschwerdeführerin durch die genannten Lebensereignisse initiiert worden ist. Die anderslautende Einschätzung von Dr. med. C._____ vermag daran nichts zu ändern (act. II 26.2 S. 2 Ziff. 8). Er ist Internist und nicht psychiatrischer Facharzt, weshalb es ihm an der hier gefragten fachlichen Qualifikation fehlt. In den späteren Berichten wird ebenfalls durchwegs auf die auslösenden psychosozialen Belastungsfaktoren hingewiesen (Berichte der Psychiatrischen Dienste G._____ AG vom 25. April und 25. Mai 2018: „Anfang 2017 Brand Tannenbaum mit Sanierung über eineinhalb Monate, Beginn ... Januar 2017, im Laufe des Frühlings 2017 nicht guter Gesundheitszustand des Vaters, 2. April 2017 Herzinfarkt mit Herzstillstand des Ehemannes, Prüfungsvorbereitungsstress“ [act. II 30 S. 2, act. II 34 S. 2]; Gutachten der H._____ AG: „seit mehreren Jahren hohe Belastung mit Arbeitstätigkeit und berufsbegleitendem ...studium mit Masterabschluss, Übernahme eines ... mit einer Kollegin im September 2016, Wohnungsbrand an Weihnachten 2016 mit stressiger Brandsanierung, im Februar 2017 Vater und Mutter krank geworden, im April 2017 Herzinfarkt mit Herzstillstand des Ehemannes, Vorbereitung auf Abschlussprüfungen“ [act. II 45 S. 6]; Gutachten von Dr. med. K._____ vom 2. April 2019: „im Januar 2017 Wohnungsbrand mit schwierigen Renovationsarbeiten, Lernen für die Schule, im April 2017 Myokardinfarkt des Ehemannes mit Reanimation, was zu einem kompletten Zusammenbruch geführt habe“ [act. II 63.1 S. 6]). Der ursächliche Zusammenhang zwischen den psychosozialen Belastungsfaktoren und dem depressiven Geschehen wird denn auch von der RAD-

Ärztin Dr. med. I. _____ bestätigt, dies mit schlüssiger Begründung. So führte sie aus, mit den Selbstauskünften der Beschwerdeführerin übereinstimmend habe der psychiatrische Gutachter Dr. med. K. _____ festgestellt, dass die Beschwerdeführerin zeitlebens nie unter affektiven Störungen oder Schwankungen gelitten habe und sich die Störung im April 2017 bemerkbar gemacht habe, als sie den Myokardinfarkt des Ehemannes erlebt habe; der Wohnungsbrand und die Erkrankung des Ehemannes seien auslösende Faktoren. Als mögliche Auslöser für Depressionen würden in der Fachliteratur genetische Belastungen durch affektive Erkrankungen in der Familie, körperliche Erkrankungen und psychosoziale Faktoren wie z.B. berufliche Enttäuschungen, Verluste und Überforderung genannt. Dr. med. K. _____ habe in seinem Gutachten weder über affektive Erkrankungen in der Familie noch über mögliche körperliche Erkrankungen berichtet. Die Beschwerdeführerin habe selbst angegeben, nie schwer erkrankt gewesen zu sein, auch in psychischer Hinsicht hätte sie zeitlebens nie Probleme gehabt. Somit sei es aus medizinischer Sicht plausibel, bei der Beschwerdeführerin von einem ursächlichen Zusammenhang zwischen den dokumentierten psychosozialen Beschwerden und dem depressiven Geschehen auszugehen (act. II 74 S. 4).

3.4 Diese beweismässige Ausgangslage spricht insgesamt klar gegen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 26. März 2018, 9C_32/2018, E. 2.3 mit Hinweisen, und vom 1. Februar 2018, 8C_300/2017, E. 4.1.4.2, wonach auch bei einem depressiven Leiden soziale Belastungsfaktoren, die direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, auszuklammern sind). Das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin erschöpft sich vorliegend – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 5 f.) – in den psychosozialen Belastungsfaktoren und ist als reaktive Störung darauf zu werten. Soweit Dr. med. K. _____ keine Hinweise auf ursächlich entscheidende psychosoziale Faktoren für den aktuellen Zustand feststellte und den Wohnungsbrand oder die Erkrankung des Ehemannes bloss als allfällige zusätzliche auslösende Faktoren eruierte (act. II 63.1 S. 12 Ziff. 4.7), verkennt er, dass, wie zuvor dargelegt (vgl. E. 3.3 hiervor), daneben zahlreiche weitere und massive invaliditätsfremde Faktoren vorgelegen haben bzw. vorliegen. Der auslösende Charakter der psychosozialen Belastungsfaktoren

wurde denn auch im von der Krankentaggeldversicherung veranlassten psychiatrischen Gutachten bestätigt (act. II 45 S. 19). Unter diesen Umständen hat die Beschwerdegegnerin allein schon deshalb das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin zu Recht mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens abgewiesen.

Selbst wenn sich die psychosozialen Faktoren nicht eindeutig vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen liessen bzw. die psychische Störung nicht eindeutig durch soziale Umstände verursacht worden wäre und bei Wegfall wieder verschwände, führt vorliegend die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens anhand der Standardindikatoren ebenso zur Verneinung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens.

4.

4.1 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

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

4.1.1.1 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.). Die psychopathologische Befunderhebung vom 15. März 2019 durch den psychiatrischen Gutachter Dr. med. K. _____ ergab, abgesehen von einer emotionalen Labilität, keine relevanten Auffälligkeiten. Die Beschwerdeführerin war bewusstseinsklar, allseits orientiert und es fanden sich keine Störungen der kognitiven Fähigkeiten. Sie sprach mit kräftiger und klarer Stimme, die Antworten kamen rasch, ohne langes Überlegen. Sie ging bereitwillig und ausführlich auf die Fragen ein. Hinweise auf formale und inhaltliche Denkstörungen, Zwänge, Wahn und psychotische Phänomene bestanden nicht. Die affektive Modulation war erhalten, ebenfalls die gestische und mimische Mitbeteiligung. Psychomotorisch wurde

die Beschwerdeführerin als unauffällig bezeichnet (act. II 63.1 S. 7 f.). Der psychiatrische Gutachter hielt denn auch fest, dass primär objektiv wenig Auffälligkeiten bestünden. Es seien vorwiegend die subjektiven Angaben, die darauf hinwiesen, dass die Beschwerdeführerin unter multiplen Beschwerden leide und schnell wegen Geringfügigkeiten eingeschränkt sei (act. II 63.1 S. 9 unten). Relevante objektive Befunde sind damit kaum ausgewiesen. Sodann hielt der Gutachter weiter fest, dass die typischen Symptome einer depressiven Störung nicht vorhanden seien (act. II 63.1 S. 10 oben). Die gutachterliche Diagnosestellung und die angenommenen Funktionseinschränkungen beruhen mithin im Wesentlichen auf den Schilderungen der Beschwerdeführerin und deren Angaben. Zudem verfügt die Beschwerdeführerin über einen geregelten Tagesablauf (act. II 63.1 S. 4 f.). Unter diesen Umständen ist eine erhebliche Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu verneinen.

4.1.1.2 Sodann ist auf Verlauf und Ausgang von Therapien und Eingliederungsmassnahmen (und damit auf den jeweiligen Erfolg bzw. die Resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Zur Behandlung führte der psychiatrische Gutachter aus, die Beschwerdeführerin stehe in einer konsequenten ambulanten psychiatrischen Therapie und es würden auch medikamentöse Massnahmen durchgeführt. Die Behandlung sei adäquat, weitere Massnahmen seien nicht notwendig. Es könne erwartet werden, dass mit weiteren Therapiemassnahmen der Zustand sukzessive stabilisiert werden könne (act. II 63.1 S. 13). Eine therapeutisch nicht mehr angehbare psychische Störung bzw. eine Behandlungsresistenz kann folglich verneint werden. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass sich die Störung erst seit April 2017 bemerkbar gemacht hat und der Gutachter nicht von einer rezidivierenden Störung ausgeht (act. II 63.1 S. 10 oben). Die Beschwerdeführerin profitierte auch von den stationären Aufenthalten (act. II 26.2 S. 5, act. II 23 S. 5) und es ist gemäss den gutachterlichen Ausführungen eine teilweise Remission der depressiven Störung eingetreten (act. II 63.1 S. 10 unten), womit auch Behandlungserfolge ausgewiesen sind. In Bezug auf die berufliche Eingliederung ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der vom 4. Juni bis 3. September und vom 17. September bis 9. Dezember 2018

durchgeführten sozialberuflichen Rehabilitation sämtliche Ziele (u.a. Fortsetzung des Aufbaus der Belastbar- und Leistungsfähigkeit, therapeutischer Arbeitsversuch im ersten Arbeitsmarkt, Arbeitstage im ersten Arbeitsmarkt) erreichte und der Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt gelang; ab Januar 2019 wurde die Fortsetzung des Arbeitsversuchs zu einem Pensum von 50 % empfohlen (act. II 56 S. 2 f.). Am 1. November 2018 begann sie parallel zur bisherigen Massnahme einen temporäreren Arbeitseinsatz, bei dem ihr attestiert wurde, in einem anspruchsvollen Arbeitsumfeld es sehr gut und wichtige Schritte gemacht zu haben (act. II 57). Vor diesem Hintergrund ist eine Eingliederungsresistenz ebenfalls zu verneinen.

4.1.1.3 Was den Indikator Komorbiditäten (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f., 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) anbelangt, erwähnte Dr. med. K. _____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nebst der depressiven Störung mittelgradigen Ausmasses noch den Verdacht auf akzentuierte leistungsorientierte Persönlichkeitszüge (act. II 63.1 S. 11). Bei letzterer handelt es sich lediglich um eine Verdachtsdiagnose und eine entsprechende Gesundheitsschädigung ist damit nicht fachärztlich einwandfrei diagnostiziert, weshalb ihr schon aus diesem Grund keine Relevanz zukommt. Sodann fand der Gutachter weder für eine Persönlichkeitsproblematik noch für eine anderweitige psychiatrisch relevante Störung Anhaltspunkte (act. II 63.1 S. 10 Mitte) und Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er keine (act. II 63.1 S. 11). Mithin besteht entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 7) keine ressourcenhemmende Komorbidität.

4.1.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) stellte der Gutachter, wie zuvor ausgeführt (vgl. E. 4.2.1.3 hiavor), keine wesentliche Persönlichkeitsproblematik oder gar eine Persönlichkeitsstörung fest (act. II 63.1 S. 10 Mitte). Die Beschwerdeführerin hat eine kaufmännische Lehre mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis abgeschlossen, bildete sich zur ... und ... mit eidgenössischem Fachausweis aus und absolvierte ein Studium in ... (Bachelor 2011-2015) sowie ein Masterstudium in ... (2015-2019; act. II 1 S. 5, act. II 55 S. 2). Sie verfügt damit über ausgewiesene berufliche Fähigkeiten und der berufliche Werdegang zeigt eine grosse Lernbereitschaft, insbesondere auch in den letzten Jahren.

Insgesamt ist von durchaus erhaltenen persönlichen Ressourcen auszugehen.

4.1.3 Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin mit dem Ehemann in einem gemieteten Einfamilienhaus lebt. Von dessen Seite sei viel Verständnis ihr gegenüber vorhanden (act. II 63.1 S. 5). Sie treffe sich oft mit Kolleginnen und einmal wöchentlich gehe sie zu den Eltern (act. II 63.1 S. 4). Dr. med. K. _____ sprach von einem guten sozialen Umfeld (act. II 63.1 S. 11). Damit hält das soziale Umfeld ebenfalls Ressourcen bereit.

4.2 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie „Konsistenz“. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

4.2.1 Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) bemerkte Dr. med. K. _____ keine Inkonsistenzen (act. II 63.1 S. 12 Ziff. 7.3). Es ist jedoch auf Diskrepanzen in den Aussagen der Beschwerdeführerin hinzuweisen. Einerseits führte sie gegenüber dem psychiatrischen Gutachter aus, sie sei mit dem aktuellen Arbeitspensum von 50 % (einfache Tätigkeiten ohne Leitungsfunktion und Verantwortung gegenüber Mitarbeitern) an der Grenze der Belastbarkeit und habe schon Krisen gehabt. Nach der Arbeit ruhe sie sich aus und schlafe, sie sei völlig erschöpft. Es falle ihr schwer, die alltäglichen Aufgaben wahrzunehmen, bei den Haushaltarbeiten müsse der Ehemann mithelfen, die Gartenarbeiten seien weggegeben worden (act. II 63.1 S. 8). Andererseits kann den Ausführungen der Beschwerdeführerin zum Tagesablauf entnommen werden, dass sie den Arbeitsweg mit dem Auto zurücklegt, nach der Arbeit und Mittagessen meditiert, in die Stadt, reiten oder spazieren geht, sich oft mit Kolleginnen trifft, einmal wöchentlich die Eltern besucht, bastelt, zeichnet und Bücher liest (act. II 63.1 S. 4). Eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % lässt zwar ein bestimmtes Mass an Freizeitaktivitäten zu (Entscheid des BGER vom 20. Dezember 2018, 9C_636/2018, E. 6.3.1.2). Vorliegend korrespondieren jedoch die zahlreichen nebenberuflichen Aktivitäten und erhaltenen Fähigkeiten nicht mit der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von lediglich 50 % in einer angepassten Tätigkeit

(act. II 63.1 S. 12 f.). Sie stehen in einem Ungleichgewicht dazu. Schliesslich war es der Beschwerdeführerin auch möglich, wie zuvor erwähnt (vgl. E. 4.2.2 hiervor), in den Jahren 2015-2019 ein Masterstudium in ... zu absolvieren. Das Aktivitätsniveau ist folglich nicht in sämtlichen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt.

4.2.2 Hinsichtlich der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) sprechen die verschiedenen Behandlungen (stationär, teilstationär, ambulant sowie medikamentös; act. II 63.1 S. 4) für einen gewissen Leidensdruck.

4.3 Im Rahmen der Beweiswürdigung ergibt die Gesamtbetrachtung, dass die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt sind (vgl. E. 2.5 hiervor). Folglich hat die Beschwerdegegnerin keine unzulässige juristische Parallelprüfung vorgenommen (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364 und E. 4.3 S. 367 f., 144 V 50 E. 4.3 S. 54 und Beschwerde S. 6). Weil nach dem Ausgeführten das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu verneinen ist, ist auf die gutachterlicherseits attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % (act. II 63.1 S. 12 f.) aus rechtlicher Optik nicht abzustellen.

5.

Zusammengefasst kann der medizinisch begründeten Schätzung der Arbeitsunfähigkeit, auf welche sich die Beschwerdeführerin beruft (Beschwerde S. 5), unter rechtlichen Aspekten nicht gefolgt werden. Vielmehr hat die Beschwerdegegnerin einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu Recht verneint. Die Verfügung vom 27. November 2019 (act. II 75) ist daher nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

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

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

6.2 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Die Beschwerdegegnerin hat als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

4. Zu eröffnen (R):

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

Der Kammerpräsident:

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.

Hinweis: Bezüglich einer allfälligen Verlängerung der oben erwähnten Frist siehe auch die Verordnung des Schweizerischen Bundesrats vom 20. März 2020 über den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19 [SR 173.110.4]).