

200 21 46 IV
SCI/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. Mai 2021

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. November 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1983 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 3. Februar 2019 unter Hinweis auf eine Erschöpfungsdepression bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an, dies nachdem am 18. Januar 2019 eine Anmeldung zur Früherfassung durch den Ehemann der Versicherten und eine anschliessende Anmeldungsaufforderung durch die Invalidenversicherung erfolgt waren (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1, 4, 7). Nach erwerblichen sowie medizinischen Abklärungen und Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 1. April 2019 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege (act. II 17 - 19). Nachdem die Versicherte dagegen Einwände erhob und diese aufforderungsgemäss nachgebessert hatte (act. II 20 - 22), liess die IVB die Versicherte auf Empfehlung des RAD durch Dr. med. B. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, psychiatrisch begutachten (Expertise vom 13. Januar 2020 [act. II 40]), wobei im Rahmen der Begutachtung zusätzlich eine neuropsychologische Abklärung durchgeführt wurde (Teilgutachten Neuropsychologie vom 2. Dezember 2019 [act. II 40/81 - 94]).

Die IVB holte auf Empfehlung des RAD bei Dr. med. B. _____ eine ergänzende Stellungnahme zum erwähnten Gutachten ein, welche am 6. März 2020 erstattet wurde (act. II 43, 47). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und Einholung weiterer RAD-Stellungnahmen verneinte die IVB mit Verfügung vom 30. November 2020 den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, da keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege (act. II 48 - 58).

B.

Dagegen erhob die Versicherte am 14. Januar 2021 Beschwerde. Sie stellt zusammengefasst die folgenden Begehren:

1. Die Beschwerdegegnerin habe für die Beschwerdeführerin einen Eingliederungsplan in ihrem angestammten Beruf als ... zu erstellen.
- 2.a Die Beschwerdegegnerin müsse sich verbindlich dazu äussern, welche Therapiemöglichkeiten noch zu machen seien, damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden könne, dass die Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft seien. Zudem solle diese Betrachtung einmal nach dem Konzept von Linden und einmal nach dem Konzept von Bschor erfolgen.
- 2.b Die Beschwerdegegnerin müsse alle Einwände und Nachbesserungen der Beschwerdeführerin einzeln erörtern.
- 2.c Die Beschwerdegegnerin habe die Beschwerdeführerin proaktiv in der medizinischen Behandlung zu beraten und zu unterstützen.
- 3.a Die Beschwerdegegnerin habe alle fehlenden medizinischen Elemente aufzulisten wie zum Beispiel den psychopathologischen Befund und diese Elemente seien bei Dr. med. C. _____ oder Dr. med. D. _____ einzufordern.
- 3.b Die Beschwerdegegnerin habe alle allenfalls noch fehlenden medizinischen Untersuchungen oder Abklärungen aufzulisten und diese der Beschwerdeführerin mittels Verfügung zur Untersuchung zuzustellen.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. März 2021 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 11. März 2021 wurden bei der behandelnden Ärztin, Dr. med. C. _____, Praktische Ärztin sowie Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die vollständigen Krankenakten (inklusive Krankengeschichte) eingeholt, welche am 15. März 2021 beim Gericht eingingen.

Die Beschwerdeführerin reichte am 17. März 2021 Ergänzungen zur Beschwerde ein.

Nachdem der Beschwerdegegnerin wunschgemäss die von Dr. med. C. _____ eingereichten Akten zugestellt worden waren, hielt sie unter Verweis auf eine Beurteilung des RAD vom 25. März 2021 mit Schlussbe-

merkungen vom 31. März 2021 am gestellten Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Je ein Doppel der erwähnten Eingaben wurden den Parteien mit prozessleitender Verfügung vom 13. April 2021 wechselseitig zugestellt.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 30. November 2020 (act. II 58). 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 Die Beschwerdeführerin macht sinngemäss eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör geltend. Sie bringt vor (Beschwerde S. 2), die Beschwerdegegnerin habe die einzelnen Nachbesserungen und Einwände (in der angefochtenen Verfügung) nicht erörtert, was sie nachzuholen habe (vgl. Rechtsbegehren Ziff. 2.b).

2.2 Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2020 AHV Nr. 2 S. 5 E. 4, 2017 KV Nr. 6 S. 30 E. 5).

2.3 Die Beschwerdegegnerin hat das rechtliche Gehör nicht verletzt, da sie sich nicht ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (vgl. E. 2.2 hiavor). Dies hat sie hier getan.

3.

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

3.2 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).

3.3 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).

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).

3.4

3.4.1 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 und 2.2.1 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

3.4.2 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 beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

3.5 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).

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

den Rechtsanwender begrenzen. Für die Prüfung der Frage, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben, ist erforderlich, dass die Sachverständigen substantiiert darlegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Insbesondere hat der medizinisch-psychiatrische Sachverständige darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders Bestand haben (BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 367).

4.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

4.1 Im Austrittsbericht der Klinik E. _____ vom 11. Januar 2018 (richtig 2019; act. II 15/14 - 21) wurden nach einer stationären Behandlung vom 9. November bis 18. Dezember 2018 die folgenden Diagnosen aufgeführt:

- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)
- Eisenmangel, substituiert (ICD-10: E61.1)
- Vitamin-D-Mangel, substituiert (ICD-10: E55.9)

Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie seit Jahren zunehmend unter einem schweren Erschöpfungssyndrom leide, sich deshalb bereits in ambulanter Behandlung befinde, aktuell jedoch keine Kraft mehr besitze, ihren Alltag zu bewältigen. Sie sei zunehmend rasch erschöpft, leide unter Ta-

gesmüdigkeit und unter einer erheblichen Antriebsreduktion. Durch die Erschöpfung bestehe Freude- und Interessenverlust. Sie grüble viel, habe dadurch bedingt eine pessimistische Zukunftsperspektive und ein deutlich reduziertes Selbstbewusstsein. Aufgrund der Zunahme der Abgeschlagenheit mit Gereiztheit und abendlich fehlender Entspannungs- und unzureichender Erholungsfähigkeit sei sie inzwischen bereit, Hilfe im stationären Setting anzunehmen, um ihren Alltag wieder selbstständig und ohne Hilfe gestalten zu können. Diagnostisch habe sich bei Eintritt eine mittelgradige depressive Symptomatik gezeigt, was von der Beschwerdeführerin in der Selbsteinschätzung minimal schwächer eingestuft worden sei. Bis zum Austritt sei es in der Fremd- wie in der Selbstwahrnehmung zu einer Regredienz der Symptomatik gekommen.

4.2 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. C. _____ gab im Bericht vom 4. März 2019 (act. II 15/1 - 6) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an:

- Rezidivierend depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode ICD-10: F33.1 (2017)
- St. n. Eisenmangel (substituiert), St. n. Vitamin-D-Mangel (substituiert)

Es bestehe eine depressive Symptomatik mit Erschöpfung. Im Dorf sei es zu einer gewissen Mobbing-situation gekommen, was zu belastenden Gesprächen mit der ... betreffend den ältesten Sohn geführt habe. Um mehr Unterstützung und Entlastung durch den Partner zu haben (er arbeite in ...), sei ein Umzug der Familie als Wochenaufenthalter nach ... geplant. Die Haushaltführung verlaufe schleppend, die Beschwerdeführerin sei oft müde, bleibe dann an Arbeiten hängen und könne diese kaum abschliessen oder lasse Verschiedenes parallel liegen. Sie lege sich auch tagsüber zum Schlafen hin. Sie habe wiederholt versucht, die Kinderbetreuung tageweise extern zu regeln. Zur Zeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Ein Arbeitsversuch/Belastbarkeitstraining im Verlauf wäre sinnvoll (ab August, Eintritt des jüngsten Kindes in den Kindergarten) mit 5 x 2 Stunden pro Woche mit dem Ziel eines 50 %-Pensums. Im Rahmen einer Eingliederungsmassnahme mit Beschäftigung ausser Haus könnte der Selbstwert gesteigert werden und es könnte eine gewisse Entlastung stattfinden, was sich positiv auf die Genesung auswirken könnte.

4.3 Im psychiatrischen Gutachten (mit zusätzlicher neuropsychologischer Untersuchung [act. II 40/81 - 94]) von Dr. med. B. _____ vom 13. Januar 2020 (act. II 40) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. II 40/49):

- Überwiegend wahrscheinlich Double Depression
 - mit/bei langjähriger Dysthymie (ICD-10: F34.1) und
 - einer rezidivierenden depressiven Störung, im Ausmass einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode – ohne vollständige Remission (ICD-10: F33.0/F33.1).

Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde die Folgende angegeben (act. II 40/49):

- Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von selbstunsicheren-ängstlich (= vermeidenden) und abhängigen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1).

Die Beschwerdeführerin habe ihre letzte Anstellung als ... aufgrund ihrer Kinder aufgegeben und gehe aktuell keiner Erwerbstätigkeit nach (act. II 40/64 f.). Medizintheoretisch wäre die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... zumindest zu 50 % eingeschränkt arbeitsfähig bzw. vier Stunden am Tag an fünf Tagen pro Woche. Aufgrund der depressiven Symptomatik sei die Leistungsfähigkeit um 30 % eingeschränkt. Zur Frage, wie gross insgesamt die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bezogen auf ein 100 %-Pensum eingeschätzt werde, hielt der Gutachter fest, in der Tätigkeit als ... sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsfähig; in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Hausfrau sei sie zu 100 % arbeitsfähig bei um 30 % reduzierter Leistungsfähigkeit. Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit müsste die folgenden Merkmale aufweisen: Klar strukturierte Aufgaben mit der Möglichkeit sich zurückzuziehen, keine Tätigkeiten, die ein hohes Mass an Dauerkonzentration und Daueraufmerksamkeit sowie ein hohes Mass an Kreativität erforderten. In einer solchen Tätigkeit wäre eine maximale Präsenz von acht Stunden am Tag möglich, dabei bestehe eine um 30 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit.

4.4 In der Stellungnahme vom 8. Februar 2020 (act. II 43) führte der RAD-Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (...; im Medizinalberuferegister ohne Facharztstitel verzeichnet

[www.medregom.admin.ch] in Würdigung der Befundlage zusammengefasst aus, die attestierten Einschränkungen liessen sich auf der Grundlage der gutachterlichen Verhaltensbeobachtung, des psychopathologischen Befundes und der normalen Ergebnisse anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung nicht nachvollziehen. Unklar bleibe hinsichtlich der angestammten Tätigkeit, wovon der Gutachter ausgehe. Er postuliere, dass ein Pensum hinsichtlich der Tätigkeit als ... zu vier Stunden am Tag möglich sei (50 %). Zusätzlich stelle er, was aufgrund der vorliegenden objektivierten kognitiven Normalbefunde und eines nicht beeinträchtigten formalen Denkens nicht nachvollziehbar sei, eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit von 30 % fest. Dieses würde rein rechnerisch zu einer Arbeitsfähigkeit von lediglich 35 % in der Tätigkeit als ... führen. Der Gutachter selbst habe aber andernorts angegeben, dass die Beschwerdeführerin diesbezüglich zu 50 % arbeitsfähig sei. Auch hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit sei nicht nachvollziehbar, worauf der Gutachter eine Leistungsbeeinträchtigung von 30 % gründe. Es sei nochmals zu betonen, dass gerade für die Beurteilung der Leistungen die kognitiven Fähigkeiten und die Beurteilung des formalen Denkens (im Sinne einer kognitiven Verlangsamung) zentral seien. Diese seien im Rahmen des neuropsychologischen Gutachtens und des psychopathologischen Befundes durchgehend als im Normbereich liegend beurteilt worden. Die RAD-ärztliche Beurteilung sei dem Gutachter zur Stellungnahme zuzustellen.

4.5 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. B._____ führte in der Stellungnahme vom 6. März 2020 aus (act. II 47/14 ff.), die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin trotz der unauffälligen kognitiven Fähigkeiten im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung und fehlender Beeinträchtigung im formalen Gedankengang über massgeblich reduzierte Kompetenzen und Fähigkeiten in der Tätigkeit als ... verfüge, stelle keinen Widerspruch dar. Der erhobene psychopathologische Untersuchungsbe- fund sei für das Störungsbild der Double Depression nicht ungewöhnlich. Eine höhergradige Beeinträchtigung des formalen Denkens, z.B. in Form einer Denkverlangsamung, Denkhemmung respektive -einengung, sei im Falle einer leichten bis mittelgradigen depressiven Symptomatik hingegen nicht zu erwarten. Eine andere psychiatrische Störung, die konsekutiv die Beeinträchtigung des formalen Gedankenganges zur Folge hätte, wie z.B.

im Rahmen einer Schizophrenie (Ideenflucht, Zerfahrenheit, Verworrenheit, Inkohärenz, Gedankenabreissen), liege im Falle der Beschwerdeführerin nicht vor. Zusammenfassend möge die Behauptung des RAD, dass für die Beurteilung der Leistungen die kognitiven Fähigkeiten und die Beurteilung des formalen Denkens (im Sinne einer kognitiven Verlangsamung) zentral seien, für Tätigkeiten, die klar strukturierte, repetitive Aufgaben beinhalten (z.B. in der Reinigung) zutreffen. Im Falle einer Tätigkeit als ... respektive einer Hausfrau mit den Ressourcen und der Bildung der Beschwerdeführerin, die Mutter von drei Kindern sei, sei die alleinige Beurteilung der genannten Parameter nicht ausreichend.

Unter Punkt 8 „Aufführung und Beantwortung der Fragen“ sei (im Gutachten) die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beurteilt worden, dort habe sich der Referent missverständlich ausgedrückt respektive seien Fehler aufgetreten, weswegen nachfolgend der Fragenkatalog im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit korrigiert werde. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielt der Gutachter fest, gemäss dem Anforderungsprofil in der bisherigen Tätigkeit habe die Beschwerdeführerin ihre letzte Anstellung als ... aufgrund ihrer Kinder aufgegeben und gehe aktuell keiner Erwerbstätigkeit nach. Aufgrund der Diagnosen sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... vier Stunden am Tag an fünf Tagen pro Woche arbeitsfähig bzw. bezogen auf ein Arbeitspensum von 100 % zu 50 % arbeitsfähig bei voller Leistungsfähigkeit. Für die Tätigkeit als Hausfrau und Mutter sei sie aufgrund des erhobenen psychopathologischen Befundes und der gestellten Diagnosen im Durchschnitt in ihrer Leistungsfähigkeit zu 30 % eingeschränkt. Nach Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, wie im Gutachten vorgeschlagen, sei medizinisch-theoretisch von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt bis auf 100 % auszugehen. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wiederholte Dr. med. B._____ die Ausführungen im Gutachten.

4.6 In der Stellungnahme vom 6. April 2020 (act. II 49) führte der RAD-Arzt Dr. med. D._____ aus, der psychiatrische Gutachter verweise hinsichtlich der vom RAD monierten Nichtnachvollziehbarkeit hinsichtlich der beeinträchtigten Leistungen auf eine Verlangsamung des formalen Den-

kens. Diese sei im Zusammenhang mit der festgestellten Double Depression vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsakzentuierung zu begründen. Zudem werde eine Konkretisierung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und im Rahmen einer angepassten Tätigkeit vorgelegt, die nun grundsätzlich nachvollziehbar sei. In der Gesamtbeurteilung könne das psychiatrische Gutachten für den Rentenentscheid verwendet werden.

4.7 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. C. _____ diagnostizierte im Bericht vom 20. Oktober 2020 (act. II 55/2 f.) eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode mit Tendenz zur Chronifizierung. Sie führte aus, die Beschwerdeführerin leide seit mehreren Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung. Dies habe dazu geführt, dass sie unter der Doppelbelastung mit Beruf und Familie schliesslich den Beruf prozentual reduzieren und später ganz habe aufgeben müssen, um die Energie für die Kinder und den Haushalt besser einteilen zu können. Trotz dieser Reduktion habe sie weiterhin depressive Zustände und zunehmende Erschöpfung erlitten, so dass sie sich in psychiatrische Behandlung begeben habe. Aufgrund des grossen Leidensdrucks sei sie schliesslich zur Einnahme von Escitalopram bereit gewesen, was sie über mehrere Jahre eingenommen habe. Damit habe sie sich etwas besser im Kopf gefühlt. Das Escitalopram habe wegen Nebenwirkungen (starkes Herzrasen) gewechselt werden müssen und sei auf Sertralin umgestellt worden. Die Dosis sei tief gehalten worden, um erneut auftretende Nebenwirkungen nicht zu verstärken, welche die Beschwerdeführerin sehr verunsichert hätten. Der stationäre Aufenthalt (...) habe ihr zu einer Verschnaufpause verholfen, jedoch kurz nach dem Austritt habe sie sich erneut stark erschöpft gefühlt und habe vergleichbare Symptome wie vor dem Eintritt gezeigt. Trotz Entlastungsversuchen habe keine langfristige Ruhe und Stabilität erreicht werden können. Mit Aufdosierung des Sertralins auf 100mg spüre sie eine etwas bessere innere Stabilität.

4.8 Der RAD-Arzt Dr. med. D. _____ führte in der Stellungnahme vom 24. November 2020 (act. II 57) aus, das Vorliegen einer Doppel Depression – wie dieses im vorliegenden Gutachten von Dr. med. B. _____ vom 13. Januar 2020 (mit Untersuchung vom 27. August 2019) festgestellt worden sei –, sei im aktuellen psychiatrischen Befundbericht (vom 20. Ok-

tober 2020) nicht aufgeführt worden. Es sei lediglich das Vorliegen einer rezidivierend depressiven Störung erwähnt worden. Da ein aussagefähiger psychopathologischer Befund nicht vorgelegt worden sei, sei nicht nachvollziehbar, dass aktuell eine mittelschwere depressive Symptomatik im Rahmen der rezidivierend depressiven Störung vorliegen solle. Warum die Beschwerdeführerin bei Vorliegen einer chronifizierten depressiven Störung nicht mit einem Phasenprophylaktikum mitbehandelt werde, bleibe offen. Es bleibe unklar, in welcher Frequenz die Beschwerdeführerin aktuell die Therapie wahrnehme. Letztlich fehle eine genaue Beurteilung der Fähigkeitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin, sodass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollzogen werden könne.

In der Beurteilung vom 25. März 2021 (im Gerichtsossier) hielt Dr. med. D. _____ unter Bezugnahme auf die gerichtlich edierten Akten der behandelnden Ärztin fest, im Gesamteindruck falle auf, dass die Behandlungsfrequenz von 2017 - 2021 kontinuierlich abgenommen habe. Dies sei sicher auch im Zusammenhang mit der Pandemie zu sehen, wobei die Möglichkeit der Durchführung von Therapien über eine Videokonferenz bestanden hätte. Zudem würden in der Dokumentation keine dezidierten psychopathologischen Befunde berichtet. Deutlich werde ein teilweise schwankender Verlauf hinsichtlich der affektiven Symptomatik, aber auch die Relevanz psychosozialer Einflüsse (Summationseffekt von Beruf und Familie). Zudem werde aufgrund der berichteten Intervention nicht deutlich, dass eine störungsspezifische Therapie hinsichtlich der depressiven Symptomatik durchgeführt worden sei. Hinsichtlich der medikamentösen Behandlung sei bei Zugrundelegung einer als chronifiziert dargestellten rezidivierend depressiven Störung aus psychiatrisch-theoretischer Sicht fraglich, warum die Beschwerdeführerin über einen langen Zeitraum lediglich monotherapeutisch anfangs mit Citalopram und später mit Sertralin behandelt worden sei und nicht darüber hinaus mit einem Phasenprophylaktikum. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestätige die vorliegende Behandlungsdokumentation der behandelnden Psychiaterin nochmals die grundsätzliche Einschätzung des psychiatrischen Gutachtens und der abschliessenden Beurteilung von Seiten des RAD vom 24. November 2020.

5.

5.1

5.1.1 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).

5.1.2 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).

5.1.3 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).

5.2

5.2.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B._____ vom 13. Januar 2020 (act. II 40/2 - 68, mit zusätzlicher neuropsychologischer Untersuchung [act. II 40/81 - 94]) erfüllt, was Befunderhebung und Diagnostik betrifft, die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. E. 5.1.2 hiervor). Darin wurde eine Double Depression mit langjähriger Dysthymie (ICD-10: F34.1) und einer rezidivierenden depressiven Störung, im Ausmass einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode – ohne vollständige Remission (ICD-10: F33.0/F33.1) diagnostiziert (act. II 40/49). Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte der Gutachter Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von selbstunsicheren-ängstlichen (= vermeidenden) und abhängigen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1 [act. II 40/49]). Die im Rahmen dieser Begutachtung durchgeführte neuropsychologische Abklärung ergab keine Einschränkungen (act. II 40/81 - 94). Eine Double Depression (kein eigener ICD-10-Code) bedeutet, dass sich auf der Basis einer (weitgehend dauernd vorhandenen) Dysthymie (Verstimmung) zuweilen depressive Episoden einstellen (Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien der Bundesärztekammer, <www.leitlinien.de>, Stichwort Depression, S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, 2. Auflage, 2015, Version 5, Ziff. 1.4.1). Dies entspricht im Grundsatz der von der behandelnden Psychiaterin gestellten Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung (act. II 15/3, 22/2, 55/2). Auch die behandelnde Ärztin hatte zunächst selbst die Dysthymie (Krankenakte Dr. med. C._____ [in act. III], S. 2, Sitzung vom 16. November 2019) festgehalten. Auf die mit den Angaben der behandelnden Ärztin übereinstimmend erhobene medizinische Befundlage und die darauf aufbauende Diagnostik ist abzustellen.

5.2.2 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. B._____ attestiert der Beschwerdeführerin in der Tätigkeit als ... zunächst eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit mit 30 %-iger Einschränkung (act. II 40/65). Im Aufgabenbereich sei die Beschwerdeführerin zu 100 % mit 30 %-iger Einschränkung in der Leistungsfähigkeit arbeitsfähig (act. II 40/65). Aus welchen Gründen die Arbeitsfähigkeit vorab im erwerblichen Bereich derart umfangreich eingeschränkt ist, ergibt sich aus dem Gutachten jedoch nicht. Dr. med. D._____ hat nachvollziehbar und überzeugend Kritik geäussert, indem er auf die Normalbefunde anlässlich der neuropsychologischen Testung

hinwies und ausführte, die vom Gutachter attestierte Einschränkung werde gerade mit derartigen (nicht erhobenen) Defiziten begründet (act. II 43/4).

Der Gutachter nahm in der Folge am 6. März 2020 (act. II 47) umfangreich Stellung zu den gemäss RAD offenen Fragen (act. II 43) und diskutierte dann in extenso in theoretischer Weise die an eine ... und die Tätigkeit im Haushalt gestellten Anforderungen. Dabei unterliess er es jedoch darzulegen, welche konkret erhobenen Befunde für die Einschränkung sprechen (vgl. E. 3.5 hiervor). Konkreter wurde der Gutachter einzig mit der Aussage, dass die Beschwerdeführerin trotz der unauffälligen (insbesondere kognitiven) Fähigkeiten im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung und fehlender Beeinträchtigung im formalen Gedankengang über massgeblich reduzierte Kompetenzen und Fähigkeiten in der Tätigkeit als ... verfüge (act. II 47/14). Dass und weshalb dies bei testpsychologisch wie klinisch unauffälliger Befundlage zutreffen soll, ist jedoch weder nachvollziehbar noch überzeugend begründet. Der Gutachter korrigierte in der Folge die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit insoweit, als er im ... nur noch eine integrale 50 %-ige Einschränkung attestierte (act. II 47/16 f.).

Weder die ursprüngliche noch die korrigierte Einschätzung des Gutachters ist hinreichend begründet und nachvollziehbar. Dass der gutachterlichen Einschätzung nicht gefolgt werden kann, zeigt auch die nachfolgende Indikatorenprüfung (vgl. E. 6 hiernach).

6.

6.1 Die klassifikatorischen Vorgaben hinsichtlich der gestellten Diagnose wurde seitens des Gutachters eingehalten (act. II 40/49 - 57; vgl. E. 3.3 hiervor). Aggravation wie auch Simulation hat er ausgeschlossen. Inkonsistenzen hinsichtlich dem subjektiv empfundenen Leistungsprofil und den zu objektivierenden Ressourcen wurden vom Gutachter dargelegt (act. II 40/62; vgl. E. 6.3 hiernach). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus (vgl. E. 3.4.1 hiervor), womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 3.4.2 hiervor).

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

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

6.2.1.1 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.). Die Beschwerdeführerin weist gemäss ihren Angaben in der Haushaltsführung Defizite auf; sie gewinne zuweilen erst im Verlauf des Tages an Aktivität (act. II 40/37, 55/3). Gleichzeitig werden für diesen Bereich jedoch auch Ressourcen genannt, so ist die Selbstpflege nicht eingeschränkt und die Haushaltsführung obliegt weiterhin der Beschwerdeführerin (act. II 40/37). Es wäre nicht ersichtlich, dass der Ehemann in relevantem Mass Aufgaben der Beschwerdeführerin übernehmen müsste bzw. übernimmt. Nichts Anderes ergibt sich aus den Schilderungen der Beschwerdeführerin gegenüber ihrer behandelnden Psychiaterin (vgl. Krankenakte Dr. med. C. _____ [in act. III]). Kognitive Defizite wurden neuropsychologisch ausgeschlossen (act. II 40/89 f.). In der Gesamtbetrachtung ergibt sich eine leichte, allerhöchstens gegen die mittelgradige Seite tendierende Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome. Dabei ist zu beachten, dass die attestierte Double Depression, d.h. die Dysthymie mit zuweilen (hier in der Regel leichten bis höchstens mittelschweren) depressiven Episoden für sich einen grundsätzlich wenig schwerwiegenden Gesundheitsschaden darstellt.

6.2.1.2 Sodann ist auf den Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. die entsprechende Resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Diesbezüglich besteht im vorliegenden Fall erhebliches Potential. Die Beschwerdeführerin hat bisher lediglich eine stationäre Behandlung absolviert, dies vom 9. November bis 18. Dezember 2018 in der Klinik E. _____, was zu einer Regredienz der Symptomatik geführt hat (act. II 15/14 - 21). Wie sich zudem aus den bei der behandelnden Psychiaterin eingeholten Krankengeschichte (act. III) ergibt, war die Therapie zunächst im Durchschnitt alle

zwei Wochen erfolgt. Seit dem 29. Februar 2020 haben jedoch soweit ersichtlich keine Therapiesitzungen mehr stattgefunden. Daran mag die pandemiebedingte Lage einen gewissen Anteil haben. Wie der RAD-Arzt Dr. med. D. _____ jedoch zutreffend darauf hinwies, hätte auch die Möglichkeit der Durchführung von Therapien über eine Videokonferenz bestanden (Aktennotiz vom 25. März 2021 [im Gerichtsossier]) bzw. bei echten Notfällen wäre auch weiterhin die Durchführung der Therapie in der Praxis erlaubt gewesen. Dazu kommt, dass die entsprechenden Restriktionen nach wenigen Monaten wieder aufgehoben worden waren. Eine Erhöhung der Frequenz ist jedoch nicht erfolgt. Ob und in welchem Rahmen die Therapieanpassung tatsächlich Erfolg zeitigen kann, ist ungeklärt (vgl. act. II 40/67). Die behandelnde Ärztin hat immerhin nach den ersten noch unvollständigen Anpassungen eine Verbesserung festgestellt. So hielt sie im Bericht vom 20. Oktober 2020 (act. II 55/2 f.) fest, die Beschwerdeführerin spüre mit der Aufdosierung des Sertralins auf 100mg eine etwas bessere innere Stabilität; Dr. med. B. _____ empfahl jedoch dringend eine Erhöhung der Tagesdosis von Sertralin auf mindestens 150mg (act. II 40/60). Eine Behandlungsresistenz ist demnach nicht ausgewiesen (vgl. act. II 40/59).

Was die Inanspruchnahme therapeutischer Optionen betrifft, so ist die Beschwerdeführerin gemäss eigenem Bekunden bereit, diese zu nutzen (vgl. act. II 55/1). Damit im Widerspruch steht jedoch, dass die Empfehlung des Gutachters, die psychiatrisch-psychopharmakologische Behandlung zu intensivieren (act. II 40/66) trotzdem bis anhin noch nicht vollständig umgesetzt wurde. Dazu kommt, dass der psychiatrische Gutachter zwar derzeit eine 30 %-ige Einschränkung im Haushalt attestiert hat, diese jedoch nach einer Therapieoptimierung nicht mehr für gegeben hält (act. II 40/65 - 67, 47/17 f.). Dass die Therapieoptimierung zumutbar ist und einen voraussichtlich positiven Effekt hätte, hat auch die behandelnde Psychiaterin bestätigt (act. II 55/3).

6.2.1.3 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, ist zu erwähnen, dass die zusätzlich zur Double Depression diagnostizierten Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von selbstunsicherem

ängstlich (= vermeidenden) und abhängigen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1 [act. II 40/49]) insoweit rechtlich bedeutsam und zu berücksichtigen sind, als ihnen ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430; Entscheid des BGer vom 9. Mai 2018, 9C_899/2017, E. 4.2.3). Diesbezüglich hielt der Gutachter fest (act. II 40/57), die diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge seien im Falle der Beschwerdeführerin für den protrahierten Verlauf der Erkrankung mitverantwortlich. Folglich kann der erwähnten Komorbidität zwar eine gewisse ressourcenhemmende Wirkung zuerkannt werden. Diese ist mit Blick auf die grundsätzlich eher wenig schwerwiegende Grunddiagnose der Double Depression und die geringe Ausprägung dieser Persönlichkeitszüge (vgl. auch E. 6.2.2 hiernach) nicht entscheidend.

6.2.2 Weiter ist der Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) näher zu beleuchten. Wie bereits erwähnt, hat der Gutachter selbstunsicher-ängstliche (= vermeidende) und abhängige Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) attestiert (act. II 40/49). Eine massgebliche Einschränkung in der Persönlichkeit ist jedoch nicht ersichtlich. Auch die subjektive Schilderung gegenüber der behandelnden Ärztin ergibt keine Hinweise, dass die Beschwerdeführerin in der Interaktion mit Mitmenschen Probleme hätte (vgl. Krankenakte Dr. med. C. _____ [in act. III]). Die bei der Komorbidität berücksichtigte Z-Diagnose (vgl. E. 6.2.1.3 hiervor) kann hier höchstens noch am Rande (erneut) berücksichtigt werden. Dieser Problematik positiv entgegen stehen die Intelligenz und die vorhandenen persönlichen Ressourcen materieller, kultureller und sozialer Art (act. II 40/58). Es liegen damit zwar negative Auswirkungen der Persönlichkeitsstruktur vor, diese erscheinen jedoch nur leicht ausgeprägt.

6.2.3 Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin gemäss Einschätzung sowohl der behandelnden Ärztin wie auch des Gutachters in gewisser Weise in ihrer Rolle als Hausfrau und Mutter gefangen ist. Insoweit hat die behandelnde Psychiaterin die von der Beschwerdeführerin gewünschte 20 %-ige Erwerbstätigkeit ab August 2019 aus therapeutischer Sicht unterstützt (act. II 15/3 und 6). Gleichzeitig ist aber zu berücksichtigen, dass sie die Haushaltstätigkeit gemäss den Akten trotz aller Einschränkungen führt und keine

wesentliche Auslagerung auf den Ehemann erfolgt. Nachvollziehbar stellte die Erwerbstätigkeit des Ehemanns (früher fernab der Ehefrau) mit faktisch fehlender Unterstützung im Haushalt und bei der Kinderbetreuung eine Belastung dar. Inzwischen wurde dies jedoch insoweit korrigiert, als die Beschwerdeführerin mit den Kindern zum Ehemann in ... gezogen ist (Umzug von ... nach ... im Frühling 2019 [act. II 20]). Dass die Last von Haushalt und Kindern weiterhin von der Beschwerdeführerin zu tragen ist und der Ehemann nur einen geringen Anteil übernimmt, wäre korrigierbar. Ein die Beschwerdeführerin belastendes Abseitsstehen des Ehemanns bei gewünschter Erwerbstätigkeit der Ehefrau hat nicht die Invalidenversicherung zu tragen. Die Aufgabenteilung bzw. gegenseitige Unterstützung ist Sache der Eheleute.

6.3 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.).

6.3.1 Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) hielt der Gutachter fest (act. II 40/62), gleichmässige Einschränkungen des Alltagsaktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen lägen mit Verweis auf das erhobene Alltagsaktivitätsniveau mit Betreuung von drei Kindern nicht vor. Zudem hat er darauf hingewiesen, dass das subjektive Erleben mit der Ressourcenlage nicht vollständig übereinstimmt, so dass die gesundheitliche Einschränkung weniger gravierend ist als dies die Beschwerdeführerin selbst annimmt (vgl. act. II 40/62). Dabei ist denn auch zu beachten, dass die Beschwerdeführerin letztlich zwei Haushalte führt, wenn die Familie am neuen Wohnort allein als Wochenaufenthalterin lebt (act. II 15/3, 40/37). Zudem übt die Beschwerdeführerin verschiedene (positiv erlebte) Freizeitaktivitäten aus (... , ... , ... oder ... [act. II 40/85], Besuch einer ... [act. II 51/2]).

6.3.2 Zum behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist festzuhalten, dass – wie bereits erwähnt (vgl. E. 6.2.1.2 hiervor) – hinsichtlich Behandlungs- und Eingliederungserfolg noch massgebliches Potential besteht und der Leidensdruck offenbar nicht gross ist, ansonsten wären die Behand-

lungsempfehlungen des Gutachters bereits vollumfänglich umgesetzt worden.

6.4 Gestützt auf die Indikatorenprüfung kann ein massgeblicher invalidenversicherungsrechtlicher Gesundheitsschaden nicht bestätigt werden. Folglich ist die Beschwerde abzuweisen.

7.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

4. Zu eröffnen (R):

- A. _____
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.