

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 10. Februar 2014 abgewiesen (8C\_375/2014).

**200 13 23 IV**  
FUR/ABE/SEE

## **Verwaltungsgericht des Kantons Bern**

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 25. April 2014**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiberin Abenhaim

**A.**\_\_\_\_\_   
vertreten durch Rechtsanwalt **B.**\_\_\_\_\_   
Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. November 2012

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1976 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte resp. Beschwerdeführerin), Mutter von drei 1999, 2002 und 2003 geborenen Kindern, meldete sich am 15. März 2005 unter Hinweis auf psychische Beschwerden bei der IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 2). In der Folge holte die IVB medizinische und erwerbliche Unterlagen ein, veranlasste eine Haushaltsabklärung (act. II 11, 18) und liess die Versicherte psychiatrisch untersuchen (act. II 14, 16). Mit Verfügung vom 24. November 2006 (act. II 22) wies sie das Leistungsbegehren mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ab. Die dagegen beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern erhobene Beschwerde (act. II 26/3) hiess dieses mit Urteil vom 2. Juli 2007, VGE IV 67594, gut (act. II 30). Es hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen sowie allenfalls zur Durchführung einer neuen Haushaltsabklärung an die IVB zurück.

### **B.**

Daraufhin holte die IVB weitere Arztberichte ein (act. II 33 und 36) und liess ein erneutes psychiatrisches Gutachten erstellen (Expertise vom 6. Februar 2009 [act. II 49]) sowie Ergänzungsfragen beantworten (act. II 50 f.). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 53 ff.) sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 25. März 2010 (act. II 68) eine halbe Invalidenrente für die Zeit vom 1. Oktober 2004 bis zum 30. November 2005 zu. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 72/3) hiess das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 21. September 2010, VGE IV/2010/560 (act. II 76), gut. Es hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache zur Vornahme einer psychiatrischen Begutachtung sowie allenfalls zur Durchführung einer neuen Haushaltsabklärung an die IVB zurück (act. II 76/18).

**C.**

In der Folge liess die IVB erneut ein psychiatrisches Gutachten (Expertise vom 20. Juli 2011 [act. II 103]) sowie einen neuen Haushaltsabklärungsbericht (act. II 104) erstellen. Alsdann holte sie bei ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine Stellungnahme (act. II 105) ein. Mit Vorbescheid vom 13. März 2012 (act. II 106) stellte die IVB der Versicherten die Zusprechung einer vom 1. Oktober 2004 bis 31. Mai 2008 befristeten ganzen Rente in Aussicht. Die Versicherte erhob am 30. April 2012 (act. II 109) Einwand und gab Berichte des Psychiatrischen Dienstes C. \_\_\_\_\_ (act. II 109/10) sowie ihrer behandelnden Psychologin (act. II 111) zu den Akten. Am 27. November 2012 verfügte die IVB wie vorbescheidweise angekündigt (act. II 122/2).

**D.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 11. Januar 2013 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 27. November 2012 sei insoweit aufzuheben, als der Beschwerdeführerin lediglich für den Zeitraum vom 1. Oktober 2004 bis am 31. Mai 2008 eine befristete ganze IV-Rente ausgerichtet wird.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin auch für die Zeit nach dem 31. Mai 2008 eine ganze und unbefristete IV-Rente auszurichten.
3. Eventuell: Die Akten seien an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach erfolgten zusätzlichen medizinischen Abklärungen über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.
4. Es sei der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege, unter Beiordnung des Unterzeichnenden als amtlicher Anwalt, zu erteilen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 12. Februar 2013 auf eine Beschwerdeantwort, verwies auf die Verfügung vom 27. November 2012 und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

Mit verfahrensleitender Verfügung vom 27. November 2013 informierte die Instruktionsrichterin die Beschwerdeführerin darüber, dass sie die diagnos-

tizierten gemischten dissoziativen Störungen gemäss der Rechtsprechung, wonach alle pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen analog zur Schmerzrechtsprechung zu unterstellen sind, zu prüfen gedenke. Da die Puerperalpsychose nur bis Oktober 2004 diagnostiziert worden sei, bestehe die Möglichkeit einer reformatio in peius im Urteilsfall. Die Beschwerdeführerin erhielt Gelegenheit zur Stellungnahme bzw. mit einem Rückzug der Beschwerde einer Schlechterstellung zu entgehen.

Am 30. Januar 2014 teilte die Beschwerdeführerin mit, dass sie an der Beschwerde festhalte. Sie machte geltend, die diagnostizierten dissoziativen Krampfanfälle (ICD-10: F44.5) und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) gemischt (ICD-10: F44.7) seien vom Bundesgericht nie zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern gezählt worden. Die Schmerzrechtsprechung sei vorliegend nicht anwendbar. Selbst wenn diese anwendbar wäre, liege eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor, so dass die gesundheitliche Beeinträchtigung und deren Folgen nicht mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar wären.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträ-

gen 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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 27. November 2012 (act. II 122/2). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete Invalidenrente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen bleiben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a). Folglich ist vorliegend der generelle Anspruch auf eine unbefristete Rente zu prüfen.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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** Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220). Bei der

Prüfung eines Anspruchs auf eine Rente der Invalidenversicherung, der allenfalls schon vor dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 entstanden ist, ist gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln der Rentenanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen (nachfolgend aArt.) und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen. Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 28. August 2008, 8C\_373/2008, E. 2.1).

**2.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG; Art. 4 Abs. 1 IVG). 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 resp. aArt. 7 ATSG).

**2.3** Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähri-

ger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354).

**2.4** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG resp. aArt. 28 Abs. 1 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.

**2.5** 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.6** Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

**2.6.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf

Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132).

**2.6.2** Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]).

**2.6.3** Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Entscheid des BGer vom 16. Juni 2009, 8C\_87/2009, E. 2.2).

### **3.**

**3.1** Die nach dem Rückweisungsentscheid vom 21. September 2010 (VGE IV/2010/560 [act. II 76]) getätigten Abklärungen haben im Wesentlichen das Folgende ergeben:

**3.1.1** Im psychiatrischen Gutachten vom 20. Juli 2011 (act. II 103) diagnostizierten die Dres. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und E.\_\_\_\_\_, ..., schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert (ICD-10: F53.1; diese Diagnose könne 12 Monate nach der Geburt nicht mehr berücksichtigt werden), dissoziative Krampfanfälle (ICD-10: F44.5) sowie aktuell dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (ICD-10:

F44.7) mit Zügen einer abhängigen Persönlichkeit (S. 8). Die Beschwerdeführerin leide nicht unter nennenswerten körperlichen oder eindeutigen psychischen Einschränkungen. Es handle sich eher um psychische Beschwerden in Form von gemischten dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) die sich, zuerst täglich, später zwei bis drei Mal pro Woche, manifestierten. Mit den Zügen einer abhängigen Persönlichkeit führe dies zu einer mangelnden Integration in sozialer und beruflicher Hinsicht; ein Unabhängigkeitsverlust, auch im Familienleben, sei feststellbar (S. 11). Die dissoziativen Zustände seien möglicherweise durch die dritte Geburt, welche als traumatisch erlebt worden sei, ausgelöst worden. Die Diagnose einer posttraumatischen Störung könne jedoch nicht gestellt werden, da die diagnostischen Voraussetzungen nicht erfüllt seien (S. 9). Ab Beginn der Erkrankung (17. Oktober 2003) habe die Explorandin nicht wie vorgesehen die Tätigkeit als ... aufnehmen können und es sei ihr auch nicht möglich gewesen, sich um ihre eigenen Kinder zu kümmern (S. 11). Es sei eine volle Arbeitsunfähigkeit von 2003 bis 2005 und danach von 80-90% bis 2008 attestiert worden. Aufgrund der Verbesserungen der psychiatrischen Symptome könne seit 2008 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Diese Arbeitsunfähigkeit sei auf die dissoziativen Zustände zurückzuführen, die durch die Explorandin nur teilweise kontrollierbar seien. Die Arbeitsfähigkeit könne mit psychiatrischer und psychologischer Therapie und medikamentöser Behandlung weiter verbessert werden. Die dissoziativen Störungen könnten immer seltener werden, denn durch die therapeutischen Massnahmen solle die Beschwerdeführerin lernen damit umzugehen, ohne dabei von der Familie und nahestehenden Personen begleitet zu werden. Es sei schwierig zu beurteilen, inwiefern sie eine Verweistätigkeit ausüben könne. Allenfalls könne ein Praktikum in einem geschützten Rahmen die Restkapazität in einem gut strukturierten Umfeld, welches weder eine Selbständigkeit noch einen Eigenantrieb der Beschwerdeführerin erfordere, zeigen. Aufgrund der psychischen und psychologischen Beschwerden könne die Beschwerdeführerin nicht mit ... arbeiten, sie habe aber keine Einschränkungen in körperlicher Hinsicht (S. 12). Das vorgeschlagene Praktikum könne mit drei bis vier Stunden pro Tag begonnen werden, die Leistungsfähigkeit betrage 50% (S. 13).

**3.1.2** Die RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigte im Bericht vom 8. Februar 2012 (act. II 105/2) die Diagnose der schweren psychischen und Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert (ICD-10: F53.1) die mit der Geburt des dritten Kindes im Jahr 2003 begonnen habe. Es handle sich um einen Verlauf, wo die Mutter seither nicht mehr psychiatrisch gesund geworden sei und als Folgestörung dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (ICD-10: F44.5) vorlägen. Es könne daraus mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 80 bis 100% seit 2003 (Geburt) durchgehend bis 2008 abgeleitet werden.

**3.1.3** Am 27. April 2012 (act. II 109/10) legte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Psychiatrische Dienste C.\_\_\_\_\_, dar, mit Ausnahme der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit stimmten die Befunde und auch die diagnostische Einschätzung im psychiatrischen Gutachten vom 20. Juli 2011 im Wesentlichen mit ihren eigenen Erhebungen überein. Die Antworten der Gutachterinnen auf die Fragen zur Leistungs- und Arbeitsfähigkeit seien teilweise sehr widersprüchlich. Es sei nicht klar, wie die zum grossen Teil sehr differenzierten Beurteilungen der Gutachterinnen in eine 50%ige Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt „übersetzt“ werden könnten. Die Feststellungen im Abklärungsbericht vom 29. Dezember 2011 stimmten weitgehend mit den Beobachtungen während der Konsultationen und den Angaben der Beschwerdeführerin überein. Jedoch sei die Beurteilung der möglichen Haushaltstätigkeit in Prozent nicht nachvollziehbar. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit betrage seit ca. einem Jahr konstant 20 bis 30%.

**3.1.4** Die behandelnde Psychotherapeutin, lic. phil. H.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, führte am 30. April 2012 (act. II 111) aus, die Situation der Beschwerdeführerin habe sich zwar um einiges verbessert, sei jedoch nicht stabil. Regelmässige Trübungen des Bewusstseins kämen bei Auslösern der traumatischen Erinnerungen (z.B. schwangere Frauen) fast täglich vor. Sie leide nicht nur unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), sondern ebenfalls unter den weit verheerenderen Auswirkungen der dissoziativen Störungen (ICD-10: F44.5). Aus dem ganzen Therapieverlauf sei ersichtlich, dass die Proble-

matik trotz Fortschritten bestehen bleibe. Das traumatische Erlebnis liege zwar schon bald neun Jahre zurück, dennoch träten nach wie vor erhebliche Symptome auf. Die Prognose sei eher negativ und es könne wohl nicht mehr mit einer vollständigen Heilung gerechnet werden, höchstens mit einer ständigen aber sehr langsamen Verbesserung der Symptomatik.

**3.1.5** Im Bericht vom 9. Januar 2013 (Beschwerdebeilage [act. I] 5) hielt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin weitere Fortschritte gemacht habe, indem sie sich einerseits mit Auswirkungen ihrer Erkrankung auseinandersetzen könne, den Familienalltag und insbesondere ihre Kinder und deren Sorgen besser auszuhalten vermöge und auch immer wieder im Haushalt kleine Tätigkeit übernehmen könne. Trotz dieses weiterhin positiven Behandlungsverlaufs sei sie aus psychiatrischer Sicht aber weiterhin 80 bis 100% arbeitsunfähig, wobei dies sowohl jegliche Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt wie auch im Haushaltsbereich betreffe.

**3.1.6** Lic. phil. H. \_\_\_\_\_ führte am 10. Januar 2013 (act. I 6) aus, die Situation verbessere sich nur sehr langsam. Eine Arbeitstätigkeit, auch Teilzeit, sei bisher nie nur annähernd möglich gewesen, ja habe fast gefährlichen Charakter: Zum einen für die Beschwerdeführerin selbst, da sie sich nur sehr schlecht kontrollieren und integrieren könne, zum anderen aber auch für Personen, die mit ihr zusammenarbeiten würden oder für sie als Vorgesetzte Verantwortung übernehmen müssten. Im Umgang mit Menschen, die mit ihrer Situation nicht vertraut seien, bestehe die Gefahr, dass dissoziative Schübe „getriggert“ würden.

**3.1.7** Am 28. Januar 2014 (act. I 9) legte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ dar, die Beschwerdeführerin habe infolge der Geburt ihres dritten Kindes eine schwere posttraumatische Belastungsstörung erlitten. Sie habe sich seither andauernd in einem anderen psychischen Zustand befunden. Vielfach seien dies dissoziative Zustände oder vermeidendes Verhalten gewesen, um nicht an die traumatische Geburt erinnert zu werden und zu dissoziieren. Dabei seien immer wieder multiple psychische Symptome aufgetreten wie z.B. depressive Stimmungen mit ausgeprägter Suizidalität, Ängsten, Stimmenhören, Depersonalisationserleben oder selbstschädigendes Verhalten. Bei den im Gutachten diagnostizierten dissoziativen Störungen, gemischt (ICD-10: F44.7) handle es sich in erster Linie um psychische Funktions-

störungen; wodurch z.B. Reaktionsweisen, Ängste und allenfalls andere Gefühle nicht willentlich kontrolliert werden könnten. Die dissoziativen Störungen der psychischen Funktionen hätten bei der Beschwerdeführerin ein Ausmass erreicht, dass sie die Alltagsangelegenheiten über Jahre hinweg nicht mehr habe bewältigen können. Begleitend seien wiederholt depressive Krisen mit hochgradiger Suizidalität aufgetreten. Trotz der Schwere ihrer Störung sei es bei der Beschwerdeführerin dank ihrer guten Kooperation über die Jahre zu einer wenn auch langsamen, so doch stetigen Besserung gekommen. Bei Fortführung einer adäquaten Therapie sei davon auszugehen, dass sie ihre Arbeitsfähigkeit wieder erlangen werde.

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.3** Das psychiatrische Gutachten der Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ vom 20. Juli 2011 (act. II 103) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (E. 3.2 hiavor): Die Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind nachvollziehbar begründet und leuchten ein. Das Gutachten beruht auf einlässlichen Untersuchungen

während eines (wie in VGE IV/2010/560 empfohlen) stationären Klinikaufenthalts; aufgrund der stationären Begutachtung über drei Wochen hinweg konnte nicht nur der Psychopathologie sondern auch den funktionellen Auswirkungen hinreichend Rechnung getragen werden. Ferner haben sich die Gutachterinnen sowohl mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt als auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt.

Was die geschilderten Verbesserungen in psychiatrischer Hinsicht seit 2008 (act. II 103/12) anbelangt, ist festzustellen, dass sich dies mit dem am 7. Januar 2009 von der behandelnden Psychologin lic. phil. H. \_\_\_\_\_ (act. II 49/30) gezeichneten Bild deckt, wonach sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit sechs Monaten wesentlich verbessert habe. Ferner erhellt auch aus den übrigen Akten (act. II 111/2; act. I 5 f., 9 Ziff. 3), dass sich die Situation langsam verbessert habe resp. verbessere.

**3.3.1** Die in der psychiatrischen Expertise genannten Diagnosen (act. II 103/8) werden sowohl von der behandelnden Psychiaterin (act. 109/10) als auch von der RAD-Psychiaterin (act. II 105) weitgehend bestätigt. Die Erklärung der Gutachterinnen, dass aufgrund fehlender typischer Merkmale (belastendes Ereignis katastrophemässigen Ausmasses, wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen [Nachhallereinerungen, flashbacks], oder in Träumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Vermeidung von Situationen, die eine Erinnerung an das Trauma wachrufen könnten [DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT {Hrsg.}, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V {F}, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. Aufl. 2011, S. 207 f.]) die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung durch/nach Geburt nicht zu stellen ist (act. II 103/9), überzeugt. Daran ändert nichts, dass Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Antwortschreiben an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 28. Januar 2014 ausführte, Letztere habe „vermeidendes Verhalten“ gezeigt, „um nicht an die traumatische Geburt erinnert zu werden“ (act. I 9). Abgesehen davon, dass dies erstmals während des Beschwerdeverfahrens vorgetragen wurde, mithin als nachgeschoben gilt, legte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ nicht dar, inwiefern sich das angebliche Vermeiden von ent-

sprechenden Situationen manifestiert haben soll. Sodann bestätigte die RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_\_, die das Gutachten insbesondere aus versicherungsmedizinischer Sicht analysierte, dass es sich beim Störungsbild der Beschwerdeführerin nicht um eine posttraumatische Belastungsstörung durch/nach Geburt handle (act. II 105). Zudem wurde bereits in dem die Beschwerdeführerin betreffenden VGE IV/2010/560, E. 4.3, darauf hingewiesen, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ein bezüglich der Definition des Traumas subjektiver Ansatz, von welchem die behandelnde Psychiaterin ausgeht, nicht massgebend ist (act. II 76/17). Daran hat sich seither nichts geändert.

**3.3.2** Soweit in der Beschwerde (Art. 2) geltend gemacht wird, den Gutachterinnen hätten die Stellungnahmen von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 10. Mai 2010 (act. II 72/49) und lic. phil. H.\_\_\_\_\_ vom 7. Mai 2010 (act. II 72/45), welche der Beschwerde vom 11. Mai 2010 beigelegt hätten, nicht zur Verfügung gestanden und damit nicht sämtliche relevanten Akten vorgelegen, weshalb nicht auf das Gutachten abgestellt werden könne, ist Folgendes festzuhalten: Bei psychischen Störungen sind Fremdanamnesen bzw. Auskünfte (schriftlich und mündlich) der behandelnden Ärzte resp. Therapierenden zwar häufig wünschenswert, jedoch nicht zwingend erforderlich (Entscheide des BGer vom 5. Januar 2012, 8C\_639/2011, E. 4.3.2 und vom 21. September 2010, 9C\_482/2010, E. 4.1). Deren Notwendigkeit ist im Einzelfall in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens. In VGE IV/2010/560, E. 4.3, wurde erwogen, auf die beiden genannten Berichte sei nicht abzustellen, da eine subjektive Einschätzung bezüglich des für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung vorausgesetzten „traumatischen“ Erlebnisses für die Frage des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung nicht massgebend sein könne (vgl. E. 3.3.1 hiervor). Gleiches gilt für den Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 18. Mai 2009 (act. II 56/7 [act. II 76/18]). Letztgenannter Bericht war den Gutachterinnen ebenso bekannt (vgl. act. II 103/1) wie derjenige von lic. phil. H.\_\_\_\_\_ vom 15. Mai 2009 (act. II 56/12). Zudem änderte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ ihre Meinung insoweit, als sie in der Stellungnahme vom 27. April 2012 (act. II 109/10) den diagnostischen Einschätzungen des schlüssigen Gutachtens vom 20. Juli 2011 zustimmte und an der Diagnose

der posttraumatischen Belastungsstörung nicht mehr explizit festhielt (vgl. aber act. I 9).

In den Stellungnahmen vom 9. und 10. Januar 2013 (act. I 5 f.) und vom 28. Januar 2014 (act. I 9) wiederholen Dr. med. G.\_\_\_\_\_ und lic. phil. H.\_\_\_\_\_ weitgehend ihre Beurteilungen, welche aber die Aussagekraft des Gutachtens nicht zu beeinträchtigen vermögen. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Wichtige Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sind vorliegend keine zu erkennen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Die Ausführungen der Psychologin lic. phil. H.\_\_\_\_\_ vermögen die Schlüsse und Folgerungen der psychiatrischen Expertinnen insbesondere auch deshalb nicht in Frage zu stellen, weil die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose voraussetzt (E. 2.3 hiervor). Zudem darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte, mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung, in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Die Berichte von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ und lic. phil. H.\_\_\_\_\_, insbesondere die darin geäusserten Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, entkräften die gutachterliche Beurteilung somit nicht.

**3.3.3** Zusammenfassend finden sich keine Gründe, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen würden. Demzufolge kommt dem psychiatrischen Gutachten vom 20. Juli 2011 (act. II 103) – grundsätzlich (vgl. E. 4.3 hiernach) – volle Beweiskraft zu (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

**3.4** Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass ab Geburt des dritten Kindes am 17. Oktober 2003 während (längstens) zwölf Monaten schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett (Puerperalpsychose) vorlagen. Seither bestehen dissoziative Krampfanfälle (ICD-10: F44.5) und ab dem Zeitpunkt der Begutachtung im März 2011 ist sodann von dissozia-

tiven Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (ICD-10: F44.7) auszugehen. Der medizinische Sachverhalt ist insoweit hinreichend abgeklärt.

#### **4.**

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die dissoziativen Störungen (ICD-10: F44.7), welche die dissoziativen Krampfanfälle (ICD-10: F44.5) beinhalten, unter die pathogenetisch-ätiologisch unklare Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage (nachfolgend: unklare Beschwerden) fallen und dementsprechend den sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen der sog. Schmerzrechtsprechung zu unterstellen sind. Nicht weiter von Bedeutung ist die Diagnose der Puerperalpsychose (ICD-10: F53.1), da diese nicht länger als zwölf Monate nach der Entbindung gestellt werden kann (act. II 103/8; vgl. auch act. I 9) und deren Ende somit mit dem Ablauf des Wartejahres nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG zusammenfällt.

**4.1** Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen. Bisher hat das Bundesgericht Fibromyalgien, das Chronic Fatigue Syndrome, die Neurasthenie, die nichtorganische Hypersomnie, spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzungen ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle sowie dissoziative Bewegungsstörungen und dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen den unklaren Beschwerden zugehörig erklärt (vgl. BGE 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.2 f. S. 68). In der Entscheidung vom 2. Dezember 2013, 8C\_311/2013, E. 4, hat das Bundesgericht schliesslich die – hier vorliegenden – gemischten dissoziativen Störungen nach ICD-10 F44.7 den sog. unklaren Beschwerdebildern zugeordnet. Der Einwand der Beschwerdeführerin, das Bundesgericht habe die hier vorliegenden dissoziativen Krampfanfälle und gemischten dissoziativen Störungen nie zu den sog. unklaren Beschwerden gezählt (Eingabe vom 30. Januar 2014), trifft damit nur bezüglich Ersterer zu. Ausserdem handelt es sich bei den genannten Beispielen keineswegs um eine abschliessende Aufzählung. Bei der Diagnose der dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (ICD-10: F44.7)

werden Kombinationen verschiedener dissoziativer Störungen (ICD-10: F44.0 bis F44.6), also des ganzen Kapitels F44 der ICD-10 Klassifikation (dissoziative Störungen) verschlüsselt (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 222). Damit sind die dissoziativen Krampfanfälle als Teil der gemischten dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) anzusehen. Es ist kein Grund ersichtlich, weshalb die Störungen des Diagnosenkomplexes F44 je unterschiedlich behandelt werden sollten. Ob sich die dissoziative Störung in einem konkreten Fall als Krampf (F44.5) oder etwa in Form von Parästhesien (F44.6) auswirkt, hängt nicht von der ihr zugrunde liegenden Erkrankung ab. Ausserdem ist der einschlägigen Rechtsprechung nicht zu entnehmen, dass das Bundesgericht beabsichtigt hätte, die analoge Anwendung der im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze lediglich auf ausgewählte dissoziative Störungen zu beschränken. Abgesehen davon ist fraglich, ob eine solche – von der Beschwerdeführerin intentierte – Differenzierung von medizinisch weitgehend gleich gelagerten Störungsbildern vor dem Rechtsgleichheitsgebot (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.3 S. 69) standhalten würde.

Wenn Dr. med. G. \_\_\_\_\_ unter Bezugnahme des gerichtlichen Schreibens vom 27. November 2013 in ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2014 (act. I 9) ausführt, dissoziative Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindungen (ICD-10: F44.4/6) könnten in der Regel besser verstanden und damit unter Umständen auch willentlich beeinflusst werden (wohl: als die hier vorliegenden gemischten dissoziativen Störungen), verkennt sie, dass die zur Diskussion stehende Frage nach der zumutbaren Willensanstrengung resp. Überwindbarkeit der Beschwerden eine Rechtsfrage darstellt (vgl. auch E. 4.2 hiernach). Ob die Funktionsstörungen aus medizinischen Gesichtspunkten willentlich beeinflussbar sind, ist folglich nicht allein entscheidend.

Entgegen den Ausführungen in der Eingabe vom 30. Januar 2014 lassen sich die körperlichen Symptome nicht auf eine organisch-strukturelle Schädigung zurückführen, weshalb vorliegend nicht von einem somatischen, sondern von einem psychischen Beschwerdekomples auszugehen ist. Dass es sich bei den vorliegenden gemischten dissoziativen Störungen (inkl. Krampfanfälle) um eine psychische Störung handelt, scheint denn

auch unbestritten zu sein, werden die in F44 beschriebenen Störungen doch allesamt als „psychogen“ angesehen (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 212; vgl. Eingabe vom 30. Januar 2014, S. 2 oben). Nach dem Dargelegten ist die Schmerzrechtsprechung vorliegend in analoger Weise anzuwenden.

**4.2** Da es sich bei der Frage, ob die Beschwerden überwindbar sind, um eine durch die Verwaltung resp. das Gericht zu prüfende Rechtsfrage handelt, ist nachfolgend – ungeachtet der Tatsache, dass sich die Ärzte weitgehend einig sind, die Störung habe Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit – zu prüfen, ob ein Gesundheitsschaden im Rechtssinne vorliegt.

**4.2.1** Die im Vordergrund stehende Frage nach dem Vorliegen einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist zu verneinen. Die von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung (act. II 72/49, act. I 9) wurde im psychiatrischen Gutachten vom 20. Juli 2011 – wie in E. 3.3.1 dargelegt – überzeugend verneint. Auch eine andere psychische Komorbidität liegt nicht vor; insbesondere bestand die Puerperalpsychose nur bis Oktober 2004. Eine andere (aktuelle) psychotische Störung wurde von den Gutachterinnen ausgeschlossen (act. II 103/9).

**4.2.2** Auch die weiteren massgeblichen Kriterien sind vorliegend nicht oder nicht in einem Ausmass erfüllt, um von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgehen zu können. Eine relevante chronische körperliche Begleiterkrankung liegt nicht vor. Anzeichen für einen primären Krankheitsgewinn sind nicht ersichtlich, zumal ein verfestigter innerseelischer Verlauf bei dissoziativen Störungen diagnosespezifisch und damit nicht ausschlaggebend ist (Entscheid des BGer vom 10. Mai 2010, 8C\_1058/2009, E. 7.3). Ebenso wenig kann die Behandlung als gescheitert bezeichnet werden, hat doch zuletzt insbesondere auch die behandelnde Psychiaterin von einer langsamen, so doch stetigen Besserung gesprochen. Sie geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin bei Fortführung einer adäquaten Therapie ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangen wird (act. I 9). Ein mehrjähriger chronifizierter Verlauf ist zu bejahen. Ob mit den Gutachterinnen (vgl. act. II 103/11, Ziff. 1) ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, d.h. ein schwerwiegender, nahezu umfassender sozialer

Rückzug mit gleichsam apathischem Verharren in sozialer Isolierung (BGE 130 V 352 E. 3.3.2 S. 358), anzunehmen ist, kann offen bleiben. Dieses Kriterium wäre jedenfalls nicht derart ausgeprägt, um eine Willensanstrengung zur Überwindbarkeit als unzumutbar erscheinen zu lassen.

**4.3** Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass – ungeachtet der im Gutachten vom 20. Juli 2011 attestierten Arbeitsunfähigkeiten – aus rechtlicher Sicht von einer Überwindbarkeit der Beschwerden auszugehen ist und damit kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliegt. Bei dieser Sachlage erübrigt sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs. Da keine Invalidität im Rechtssinne vorliegt, besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Demzufolge ist die angefochtene Verfügung vom 27. November 2012 (act. II 122) aufzuheben sowie festzustellen, dass kein Rentenanspruch besteht (vgl. Art. 61 lit. d ATSG).

## **5.**

**5.1** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei ihre Prozessbedürftigkeit nach den Vorschriften der Zivilprozessordnung nachweist und das Verfahren nicht von vornherein aussichtslos ist (Art. 111 Abs. 1 VRPG). Wo die Verhältnisse es rechtfertigen, wird der Beschwerde führenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt (Art. 61 lit. f ATSG).

Die Prozessarmut ist ausgewiesen (act. I 7 f.). Weiter sind die fehlende Aussichtslosigkeit sowie die Notwendigkeit einer Rechtsverteidigung zu bejahen. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt ist somit gutzuheissen.

**5.2** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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. Vorliegend werden die Verfahrens-

kosten auf Fr. 700.-- festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

**5.3** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Zu bemessen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_.

**5.4** Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Prozessführung sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 und der Übergangsbestimmung Ziff. 2 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte vom 20. Oktober 2010 (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 22. Februar 2013 machte Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von total Fr. 3'768.55 geltend (Zeitaufwand: 13.5 Stunden). Mit aktualisierter Kostennote vom 7. April 2014 macht er nunmehr ein Honorar von total Fr. 6'409.80 geltend (Zeitaufwand: 23 Stunden). Unter Berücksichtigung des Umstands, dass nach der Einreichung der ersten Honorarnote einzig ein Zusatzaufwand im Zusammenhang mit der Schlechterstellung anfiel resp. lediglich eine rechtliche Würdigung bereits bekannter medizinischer Akten erfolgte, erscheint das am 7. April 2014 geltend gemachte Honorar als zu hoch. Die Eingabe vom 30. Januar 2014 ist mit einem zusätzlichen Aufwand von 3 Stunden zu entgelten. Somit wird das amtliche Honorar auf Fr. 3'300.-- (16.5 Stunden à Fr. 200.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 185.-- und Mehrwertsteuer (8% auf Fr. 3'485.--) von Fr. 278.80,

somit insgesamt auf Fr. 3'763.80, festgesetzt und Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils aus der Gerichtskasse vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern gemäss Art. 123 ZPO.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 27. November 2012 wird aufgehoben und es wird festgestellt, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ wird nach Eintritt der Rechtskraft aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'763.80 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

5. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern (samt Kopie der Eingabe der Beschwerdeführerin vom 30. Januar 2014)
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

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.