

200 15 1057 IV  
SCI/GET/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. April 2016**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Germann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. November 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die ... geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im August 2010 unter Hinweis auf eine Depression mit Angst- und Panikattacken bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 1). Die IVB holte erwerbliche und medizinische Berichte ein und gewährte der Versicherten ein Belastbarkeits- sowie ein (mehrmals verlängertes) Aufbautraining (act. II 40; 48; 54; 58). Im Juni 2012 (act. II 63) schloss sie die beruflichen Massnahmen ab, nachdem sich die Versicherte in psychischer Hinsicht ausserstande erklärt hatte, das im Rahmen des Aufbautrainings vereinbarte 50%-Pensum einzuhalten (act. II 62 S. 2). In der Folge liess die IVB die Versicherte durch Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), untersuchen. Im entsprechenden Untersuchungsbericht vom 26. Oktober 2012 (act. II 74) hielt die RAD-Ärztin fest, bevor keine längerfristige Abstinenz vom Alkohol- und Cannabiskonsum vorliege, sei der vorliegende Gesundheitsschaden nicht beurteilbar (S. 7). Aktuell bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten; indes könne der Gesundheitszustand mittels medizinischer Massnahmen verbessert werden, wobei eine Besserung in den nächsten 12 Monaten zu erwarten sei (S. 8). Nachdem die IVB einen weiteren Arztbericht (act. II 87) eingeholt hatte, forderte sie die Versicherte am 17. April 2013 (act. II 88) zur Weiterführung der Psychotherapie (inklusive medikamentöser Therapie) sowie zur dauernden Abstinenz auf. Gleichentags stellte die IVB der Versicherten vorbescheidweise die rückwirkende Ausrichtung einer auf der gemischten Methode (Erwerb: 90%; Haushalt: 10%) basierenden Dreiviertelsrente ab Mai 2011 bzw. einer ganzen Invalidenrente ab August 2011 in Aussicht. Mit Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 114) – welche jene vom 25. April und 8. Mai 2014 ersetzte – entschied die IVB wie im Vorbescheid angekündigt.

**B.**

Im Mai 2014 leitete die IVB eine Revision von Amtes wegen ein (act. II 115). Die IVB holte medizinische Berichte der behandelnden Ärzte ein und liess die Versicherte auf Empfehlung des RAD (act. II 135 S. 5) durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachten (Expertise vom 6. August 2015 [act. II 157.1]). Mit Vorbescheid vom 28. August 2015 (act. II 159) stellte die IVB der Versicherten die Aufhebung der Invalidenrente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats mit der Begründung in Aussicht, es liege kein iv-relevanter Gesundheitsschaden mehr vor. Dagegen erhob die Versicherte Einwand und liess eine von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie von M. Sc. G. \_\_\_\_\_, behandelnde Psychologin, unterzeichnete Stellungnahme vom 15. September 2015 (act. II 168; 171) zum Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zu den Akten reichen, woraufhin die IVB Dr. med. E. \_\_\_\_\_ um Stellungnahme und die Beantwortung von Zusatzfragen ersuchte (Bericht vom 21. Oktober 2015 [act. II 175]). Am 3. November 2015 (act. II 176) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

**C.**

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ von der B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 30. November 2015 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 3. November 2015 sei aufzuheben.
2. Die Sache sei zur weiteren Abklärung des Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Eventualiter: Der Beschwerdeführerin sei eine volle Invalidenrente zuzusprechen.
4. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren. Auf die Erhebung des Kostenvorschusses sei zu verzichten.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Begründung macht die Beschwerdeführerin zunächst geltend, die Beschwerdegegnerin habe ihr rechtliches Gehör verletzt, indem sie die

Gründe, weshalb sie auf die medizinische These des Gutachters abgestellt habe, in der angefochtenen Verfügung nicht genannt habe. Diese sei deshalb bereits aus formellen Gründen aufzuheben (Ziffer 4.5). In materieller Hinsicht macht sie unter Verweis auf eine weitere, von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und M. Sc. H.\_\_\_\_\_, Psychologin, zu Handen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin verfasste Stellungnahme vom 26. November 2015 (Akten der Beschwerdeführerin, [act. I], 3 und act. II 183 S. 16 ff.) geltend, das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ weise verschiedene Mängel auf und sei nicht als Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit geeignet (Ziffer 4.6 f.). Demgegenüber erfüllten die Arztberichte vom 12. Februar 2013 (gemeint wohl: 8. April 2013 [act. II 87]), 18. Juni 2014 (vgl. act. II 130), 15. September 2015 (act. II 168) und vom 26. November 2015 (act. II 183 S. 16 ff.) die beweismässigen Anforderungen an medizinische Berichte, weshalb eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei und die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe (Ziffer 4.8).

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. Dezember 2015 stellte der Instruktionsrichter fest, dass die eingereichte Kostennote der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin nicht dem Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009 entsprechen dürfte und eine allenfalls nach erfolgter Instruktion eingeholte Kostennote den entsprechenden Grundsätzen anzupassen sei. Zudem habe die Rechtsvertreterin Mehrwertsteuer (MWSt) ohne Nennung der MWSt-Nummer in Rechnung gestellt, welchen Mangel sie zu beheben habe, ansonsten keine MWSt zugesprochen werden könne. Gleichzeitig forderte er die Rechtsvertreterin auf, das Schreiben zur Einholung der Stellungnahme vom 26. November 2015 der behandelnden Ärzte einzureichen. Diese ging am 3. Dezember 2015 beim Gericht ein (act. I 6).

Mit Eingabe vom 22. Dezember 2015 beantragte die Beschwerdeführerin die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde vom 30. November 2015.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Januar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die kostenfällige Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 26. Januar 2016 wies der Instruktionsrichter das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab. Ferner hiess er das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut und ordnete der Beschwerdeführerin Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin bei. Weiter ersuchte der Instruktionsrichter Dr. med. F. \_\_\_\_\_ sowie M. Sc. H. \_\_\_\_\_ und M. Sc. G. \_\_\_\_\_ um Zustellung der Patientenakten der Beschwerdeführerin.

Am 4. Februar 2016 reichten Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und M. Sc. H. \_\_\_\_\_ die die Beschwerdeführerin betreffenden Patientenakten ein, woraufhin der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 5. Februar 2016 den Parteien die Möglichkeit zur Einreichung von Schlussbemerkungen gewährte. Weiter verwies er betreffend die Grundsätze beim Erstellen der Kostennote auf die prozessleitende Verfügung vom 1. Dezember 2015 und forderte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin erneut auf, die MWSt-Nummer ihrer Institution mitzuteilen und – sollte MWSt in Rechnung gestellt werden – unterschriftlich zu bestätigen, dass ihr Mandat der MWSt-Pflicht unterliege.

Mit Schreiben vom 18. Februar 2016 hielt die Rechtsvertreterin fest, dass die Patientenakten die Vorbringen in der Beschwerde vom 30. November 2015 bestätigten, weshalb um Gutheissung der Beschwerde ersucht werde. Ferner reichte sie eine neue Honorarnote ein und machte geltend, sie sei von ihrem Buchhalter dahingehend aufgeklärt worden, dass bei der Berner Rechtsberatungsstelle jeweils nicht im Voraus gesagt werden könne, ob eine MWSt-Pflicht bestehe. Sie sei intern angewiesen worden, im vorliegenden Verfahren eine Honorarnote ohne MWSt einzureichen.

Mit Eingabe vom 25. Februar 2016 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung von Schlussbemerkungen.

## **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 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 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 3. November 2015 (act. II 176). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**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.**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe ihr rechtliches Gehör verletzt, indem sie in der angefochtenen Verfügung die sich widersprechenden Arztberichte einander nicht gegenübergestellt respektive die Gründe, weshalb sie schliesslich auf die medizinische These des Gutachters Dr. med. E. \_\_\_\_\_ abgestellt habe, nicht genannt habe. Die Verfügung sei deshalb bereits aus formellen Gründen aufzuheben.

Die Beschwerdegegnerin ist der aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör fliessenden Begründungspflicht (vgl. Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; Art. 42 und Art. 49 Abs. 3 ATSG) hinreichend nachgekommen, indem sie in der streitigen Verfügung ausführte, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erheblich verbessert habe und demzufolge ein Revisionsgrund vorliege. Weiter hat sie dargelegt, dass nunmehr kein iv-relevanter Gesundheitsschaden mehr gegeben sei und dass mit Bezug auf den ins Recht gelegten Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und M. Sc. G. \_\_\_\_\_ vom 15. September 2015 (act. II 168; 171) keine neuen Informationen vorliegen würden, weshalb an der Leistungseinstellung festgehalten werde. Damit hat die Beschwerdegegnerin kurz die Überlegungen genannt, von denen sie sich hat leiten lassen und auf welche sie ihre Verfügung stützt, was hinreichend ist (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236). Entsprechend war die Beschwerdeführerin denn auch in der Lage, eine umfangreiche Beschwerde einzureichen. Die Rüge einer Gehörsverletzung ist demnach unbegründet.

## **3.**

### **3.1**

**3.1.1** 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 Er-

werbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**3.1.2** Invalidenversicherungsrechtlich kommt es nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Wird eine 'ICD-10 F'-kodierte psychiatrische Diagnose gestellt, ist für die Nachvollziehbarkeit der Diagnosefindung für die rechtsanwendenden Behörden erforderlich, dass der Gutachter oder die Gutachterin wenigstens kurz darlegt, welche der charakterisierenden Kriterien inwiefern und wie ausgeprägt gegeben sind (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. März 2016, 9C\_634/2015, E. 6.1; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

**3.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

### **3.3**

**3.3.1** 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).

**3.3.2** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich)

des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

**3.3.3** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**3.3.4** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369, SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

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

## **4.**

**4.1** Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. IIA 114) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin rückwirkend ab Mai 2011 eine Dreiviertelsrente respektive ab August 2011 eine ganze Invalidenrente zu. Diese wurde mit Revisionsverfügung vom 3. November 2015 (act. II 176) aufgehoben. Massgebende Vergleichszeitpunkte im vorliegenden Revisionsverfahren bilden demnach die Verfügung vom 23. Mai 2014 und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 3. November 2015 (vgl. E. 3.3.4 vorne).

**4.2** Bei Erlass der Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. IIA 114) präsentierte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Wesentlichen wie folgt:

**4.2.1** Ab August 2011 (act. II 40) führte die Beschwerdegegnerin ein viermal verlängertes Belastbarkeits- und Aufbautraining durch, welches die Beschwerdeführerin Ende April 2012 abbrach. Im Bericht „Verlängerung Aufbautraining“ vom 7. Juni 2012 (act. II 62) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sehe keine Möglichkeit, die Bedingungen der neuen Zielvereinbarung einzuhalten. Das 50%-Pensum lehne sie ab, da sie dieses aus psychischen Gründen schon beim zweiten Aufbautraining nicht habe konstant einhalten können (S. 2).

**4.2.2** Im Bericht der psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ vom 11. bzw. 12. Juni 2012 (act. II 66) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F33.1), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0), eine zumindest akzentuierte Persönlichkeit mit instabilen, selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 F61.0), ein Status nach traumatischem Ereignis in der späten Adoleszenz sowie ein Status nach C2-Abusus diagnostiziert. Fehlzeiten am Arbeitsplatz (im Rahmen der beruflichen Massnahmen) hätten zu einer verschärften finanziellen Situation geführt. In Wechselwirkung der bereits bestandenen Symptome habe die ans Existenzminimum grenzende Lebenssituation die bestehenden Symptome verstärkt. Existenzängste, kognitive Einbussen, Kontrollverlust bezüglich der eigenen Handlungsfähigkeit, Übelkeit und massive Störung der Nachtruhe hätten in einer anhaltenden, latenten und ernstzunehmenden Suizidalität gemündet. Der lange Krankheitsverlauf (2010 - 2012) der mittelschweren depressiven Episode deute auf eine Chronifizierung der Krankheit hin (S. 2). Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit Januar 2012 bis auf weiteres 100% (S. 3).

**4.2.3** Im RAD-Untersuchungsbericht vom 26. Oktober 2012 (act. II 74) hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf eine „selbstunsichere, ängstliche Persönlichkeitsstörung“ (ICD-10 F61.0), einen Verdacht auf Panikstörung (ICD-10 F41.0), DD: Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), sowie ein Alko-

holabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten (ICD- 10 F10.23), fest (S. 6).

Seit Ende der Schulzeit beständen immer wieder lange Phasen von Cannabiskonsum und Alkoholabusus, was aufgrund der bestehenden psychischen Einschränkungen als dysfunktionale Problemlösungsstrategie zur „Flucht aus der Welt“ und in diesem Sinne als sekundär zu bewerten sei. Aktuell bestehe weiterhin ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten. Im Rahmen der Angstsymptomatik komme es auch zur Ausbildung von depressiven Symptomen wie Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Gedankenkreisen und Suizidgedanken. Aktuell sei nicht abschliessend beurteilbar, welche Diagnose zu stellen sei, da immer wieder Phasen von vermehrtem Alkohol- und Cannabiskonsum bestanden hätten, und eine Abstinenz erst seit wenigen Wochen unter einer aversiven medikamentösen Therapie bestehe. Es beständen Defizite in der sozialen Interaktionsfähigkeit, in der Stresstoleranz und der emotionalen Belastbarkeit. Im jetzigen Zeitpunkt bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... und in Verweistätigkeiten. Der Gesundheitszustand könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Zum einen sei eine Abstinenz erforderlich. Zum anderen sei bei Weiterführung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie der medikamentösen Therapie eine deutliche Besserung des Gesundheitszustandes in den nächsten 12 Monaten zu erwarten. Zwar handle es sich um ein bereits chronifiziertes Krankheitsbild, die jahrelange berufliche Integration weise jedoch auf Ressourcen der Beschwerdeführerin hin. Zudem bestehe eine deutliche Therapiemotivation. Der Therapieverlauf sollte mittels eines Verlaufsberichtes in ca. 12 Monaten überprüft und die Abstinenz mittels monatlicher CDT-Kontrollen und Drogenscreenings im Urin nachgewiesen werden. Diese Massnahmen sowie die Fortführung der ambulanten Therapie seien der Beschwerdeführerin zumutbar (S. 8).

**4.2.4** Im (von der Psychologin M. Sc. G. \_\_\_\_\_ mitunterzeichneten) Bericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 8. April 2013 (act. II 87) wurde (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F33.1), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0), eine zumindest akzentuierte Persönlichkeit mit instabilen,

selbstunsicheren Anteilen (ICD-10 F61.0) sowie ein Status nach C2-Abusus (Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten [ICD-10 F10.23]) diagnostiziert. Der Gesundheitszustand sei stationär, das Drogenscreening insgesamt negativ (S. 1). Die Gespräche alle zwei Wochen würden wie bisher weitergeführt. Weiterhin würden – wie vom RAD verlangt – monatliche CDT-Kontrollen und Drogenscreenings durchgeführt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage für sämtliche Tätigkeiten weiterhin 100% (S. 2). Im Unterschied zum Juni 2012 sei aktuell die depressive Symptomatik in den Hintergrund, die Angstsymptomatik stark in den Vordergrund gerückt (S. 3).

**4.3** Für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung vom 23. Mai 2014 und der hier angefochtenen Verfügung vom 3. November 2015 präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**4.3.1** Im (von der Psychologin M. Sc. G. \_\_\_\_\_ mitunterzeichneten) Bericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 18. Juni 2014 (act. II 130) wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), begleitet von emotionaler Instabilität, Angstzuständen (Panik, Agoraphobie, Existenz- und Zukunftsängste) und ausgeprägter sozialer Rückzugstendenz, eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), sowie eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) festgehalten (S. 2). Der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (S. 1). Ergänzend sei darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin im Alter von ... Jahren Zeugin des überaus traumatisierenden Selbstmordes ... geworden sei. In ihrem späteren Leben sei sie zweimal Opfer ... geworden. Entsprechend dem Verständnis einer PTBS habe das Sprechen über die Traumata starke Intrusionen zur Folge, welche die Beschwerdeführerin gegenwärtig nur sukzessiv zu bewältigen in der Lage sei. Es sei von einem schwer chronifizierten Krankheitsverlauf (mehr als 29 Jahre) und davon auszugehen, dass die bisher bekannte Symptomatik auf der Grundlage einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung zu interpretieren sei. Nach Absprache mit dem Hausarzt sei Antabus im April 2014 gestoppt worden und bisher seien keine Rückfalltendenzen mit Alkohol beobachtbar. Im

Weiteren sei erfreulich, dass die Beschwerdeführerin ihren Cannabiskonsum gemäss ihren Angaben habe aufgeben können (S. 2). Ferner habe eine kontinuierliche ambulante psychotherapeutische Behandlung der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer knappen finanziellen Situation in den vergangenen 15 Monaten nicht gewährleistet werden können. Der Verlauf des letzten Jahres habe gezeigt, dass therapeutische Fortschritte ohne Sicherung der Lebensexistenz bzw. der finanziellen Existenz nur bedingt möglich seien (S. 1).

**4.3.2** Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 6. August 2015 (act. II 157.1) stellte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen (S. 20):

Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2)

- bei depressiver Störung (ggw. remittiert; ICD-10 F32.4/ F33.4)
- bei akzentuierten (narzisstisch, selbstunsicher, emotional expressiv, misstrauisch) Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1)
- bei Konsum von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen
  - Abhängigkeitssyndrom von Tabak (ggw. Substanzgebrauch; ICD-10 F17.24)
  - Abhängigkeitssyndrom von Alkohol (ggw. abstinent; ICD-10 F10.20)
  - unregelmässiger Konsum von u.a Cannabinoiden, Kokain, Amphetaminen (ICD-10 Z72.0)

Anlässlich der aktuellen Untersuchung seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gar nicht bis sehr gering ausgeprägt. In der Interaktion sei die Beschwerdeführerin narzisstisch (ich bezogen, fordernd), emotional expressiv und sthenisch. Ihre Stimme sei auffällig (rau, heiser, husten, erkältet/„verschnupft“). Im Affekt sei sie klagsam und dysthym. Auch mit Hilfe des Testverfahrens Montgomery-Asperg Depression Rating Scale (MADRS) sei kein klinisch relevantes depressives Syndrom erkennbar. Zudem stehe eine bewusstseinsnahe Aggravation deutlich im Vordergrund. Diese sei bislang in den Akten nicht diskutiert worden. Es sei jedoch gegenwärtig eine erhebliche, nicht krankheitsbedingte Diskrepanz zwischen subjektiver Schilderung der kognitiven und emotionalen Beschwerden einerseits, gegenüber dem beobachtbaren Verhalten und den objektivierbaren psychopathologischen Befunden andererseits festzustellen (S. 24). Die Aggravation ereigne sich vor dem Hintergrund vielfältiger krankheitsfremder Gesichtspunkte (psychosoziale Aspekte wie Lebensalter, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, allein lebend,

persönliche Berufswünsche, Konflikte mit Sozialdienst/IV/Steueramt, Rentenzusprache/Rentenwunsch etc.). Diese Gesichtspunkte hätten einen negativen Einfluss auf die innere Bereitschaft der Beschwerdeführerin und auf ihre realen sozialen Möglichkeiten zur beruflichen Reintegration (S. 25). Gegenwärtig erfülle die Beschwerdeführerin die Kriterien für die Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2 [S. 26]), die sich ab 2010 nach einer depressiven Störung (gegenwärtig remittiert; F32.4/ F33.4) entwickelt habe (S. 25). Die geltend gemachten Beschwerden würden vollständig davon erfasst (S. 30). Im Fall der Beschwerdeführerin führten die v. a. im rein Subjektiven verbleibenden sowie objektiv sehr gering ausgeprägten Defizite aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zu keinem Zeitpunkt zu einer längerfristigen relevanten ( $\geq 20\%$  von 100%) Minderung der Arbeitsfähigkeit. Dies sei für ausserhäusliche Tätigkeiten und für Arbeiten im Haushalt gleichermassen anzunehmen, wobei Letztere deutlich weniger vom ängstlich-depressiven Syndrom, wie es die Beschwerdeführerin subjektiv beschreibe, betroffen seien (S. 27).

Die ICD-10-Kriterien einer (eventuellen) depressiven Episode seien nicht (mehr) erfüllt (S. 27). Die nosologische Einordnung der akzentuierten Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin als Persönlichkeitsstörung sowie das damit verbundene Postulat einer Arbeitsunfähigkeit seien nicht nachvollziehbar. Die akzentuierten (narzisstisch, selbstunsicher, emotional expressiv, misstrauisch geprägten) Persönlichkeitszüge stellten Varianten der Norm i. S. von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus alleine keinen Krankheitswert besässen (S. 29).

Mit Bezug zu den ICD-10-Kriterien für die Kategorie F43.1 (PTBS) sei ebenso festzustellen, dass keines der möglichen objektivierbaren psychopathologischen Symptome (bspw. andauerndes Gefühl von Betäubtsein, emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Vigilanzsteigerung, Schreckhaftigkeit) dokumentiert worden bzw. aktuell erkennbar sei (S. 30). Ein hiervon abgeleiteter Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (Kategorie F62.0) sei darüber hinaus als spekulativ einzuordnen. Es fänden sich dazu weder von der Beschwerdeführerin selbst, noch in den Akten und/oder anlässlich der Untersuchung

am 14. Juli 2015 hinreichende Angaben (S. 31). Sodann seien keine weiteren besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (bspw. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Der in der Vorgeschichte bekannte Konsum nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen sei aus versicherungsmedizinischer Sicht als „primär“ einzuordnen. Der Beschwerdeführerin sei es zudem gelungen, selbständig eine Abstinenz von allen entsprechenden Substanzen (ausser Tabak; S. 31) zu erreichen, was für zumindest angemessene innerseelische Ressourcen spreche (S. 32).

Die bisherige Tätigkeit und den Beeinträchtigungen angepasste Tätigkeiten seien ganztags und ohne verminderte Leistungsfähigkeit zumutbar (S. 33 f.).

**4.3.3** Mit Bericht vom 15. September 2015 (act. II 168) nahmen Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und die Psychologin M. Sc. G.\_\_\_\_\_ Stellung zum Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 6. August 2015. Sie diagnostizierten eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer (ICD-10 F33.2), eine Agoraphobie (ICD-10 F41) sowie eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20 [S. 1]). Sie machten zusammengefasst geltend, das Gutachten berücksichtige die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht umfassend. Die Beschwerden im Rahmen der PTBS seien nicht erfragt, sondern als nicht erkennbar bezeichnet worden. Die Beurteilung der depressiven Symptome sei inkonsistent und bei der Beschwerdeführerin bestehe – entgegen dem Gutachter – weiterhin eine versicherungsmedizinisch relevante Angststörung. Ferner sei der Konsum psychotroper Substanzen als sekundär einzustufen (S. 2 f.). Das Zustandsbild sei chronifiziert. Es liege aktuell eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen vor (S. 4).

**4.3.4** In Beantwortung der von der Beschwerdegegnerin gestellten Zusatzfragen hielt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ am 21. Oktober 2015 (act. II 175) fest, auch die am 15. September 2015 formulierte Stellungnahme nenne keine neuen Informationen (z.B. objektive psychopathologische Befunde),

die nicht schon zum Zeitpunkt der Untersuchung am 14. Juli 2015 bekannt gewesen seien. Die entsprechende, vollständig therapeutisch orientierte Einschätzung könne weiterhin aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden.

**4.3.5** Mit zu Händen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin verfasstem und im vorliegenden Verfahren aufgelegtem Bericht vom 26. November 2015 (act. II 183 S. 16 ff.) bestätigten Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und M. Sc. H. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen das im Bericht vom 15. September 2015 (act. II 168) Festgehaltene. Ergänzend hielten sie fest, von einer bewusstseinsnahen Aggravation sei im Falle der Beschwerdeführerin nicht auszugehen (S. 18). Die Schwere der depressiven Symptomatik und die zusätzlichen Einschränkungen durch die agoraphobischen Ängste bedingten derzeit eine 100% Arbeitsunfähigkeit (S. 19).

**4.4** 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, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

**4.5** Das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 6. August 2015 (act. II 157.1) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 4.4 hiavor). Es ist nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Insbesondere setzt sich der Experte detailliert und kritisch mit dem psychopathologischen Befund und dem Schweregrad der Symptomatik auseinander. Sodann diskutiert er ausführlich die klassifikatorischen Vorgaben der von ihm gestellten Diagnose (Angst und depressive Störung gemischt [ICD-10 F41.2]; S. 20) und legt auch nachvollziehbar dar, warum die Kriterien der von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und den behandelnden Psychologinnen M. Sc. G. \_\_\_\_\_ und H. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen nicht gegeben sind (vgl. E. 3.1.2 vorne). Schliesslich überzeugt auch seine Schlussfolgerung, wonach weder im Erwerb noch im Haushalt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Das Gutachten erbringt somit vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

**4.6** Die Beschwerdeführerin kritisiert das Gutachten gestützt auf die Berichte von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und M. Sc. G. \_\_\_\_\_ bzw. M. Sc. H. \_\_\_\_\_ vom 15. September (act. II 168) respektive vom 26. November 2015 (act. II 183 S. 16 ff.) in diversen Punkten. Das Gericht hat bei Letzterer die Patientenakten der Beschwerdeführerin erhoben.

Zunächst ist festzuhalten, dass im vorliegend massgeblichen Zeitraum (vgl. E. 4.1 vorne) offensichtlich keine eigentliche psychiatrische Behandlung durch den Psychiater erfolgt ist. Dokumentiert ist allein eine in zeitlichen Intervallen von zwei bis vier Wochen erfolgende (vgl. act. II 130 S. 3; act. III, Register 3) psychotherapeutische Behandlung durch die Psychologinnen M. Sc. G. \_\_\_\_\_ bzw. H. \_\_\_\_\_, wohingegen der Psychiater, bei welchem die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben bislang lediglich zwei Termine wahrgenommen hat (act. II 157.1 S. 8), ausschliesslich die Medikation abdeckt (vgl. act. III, Register 1 und 3). Sowohl der Umstand der fehlenden eigentlichen psychiatrischen Behandlung als auch die nie-

derfrequente Therapie kontrastieren mit der in den Berichten vom 18. Juni 2014 (act. II 130), 15. September 2015 (act. II 168) und 26. November 2015 (act. II 183 S. 16 ff.) regelmässig postulierten Schwere der psychischen Erkrankung und begründen Zweifel am Leidensdruck der Beschwerdeführerin. Daran ändert nichts, dass sie angeblich aus finanziellen Gründen respektive wegen der zu hohen Benzinkosten nicht in der Lage gewesen sein soll, die Therapiesitzungen regelmässig zu besuchen (vgl. act. II 130 S. 1). Im Übrigen bildet eine indizierte psychiatrische Behandlung Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

**4.7** Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und M. Sc. G.\_\_\_\_\_ attestierten im Bericht vom 15. September 2015 (act. II 168) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, wobei sie dieses Attest aus den folgenden Diagnosen ableiten:

- PTBS (ICD-10 F43.1)
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer (ICD-10 F33.2)
- Agoraphobie (ICD-10 F41)
- Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinente (ICD-10 F10.20)

**4.7.1** Der Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_\_ verwarf die Diagnose einer PTBS nach entsprechender Diskussion und bezeichnete einen hieraus abgeleiteten Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung als spekulativ (act. II 157.1 S. 30 f.). Dabei übersah er nicht, dass die von der Beschwerdeführerin in den Akten berichteten negativen Lebensereignisse wie der Umstand, dass sie ... im Alter von ... Jahren direkt miterleben musste sowie ... (vgl. act. II 130 S. 2), als potentiell PTBS-relevante Ereignisse in Betracht fallen. Indes ist der Befund stets anhand der Klinik zu überprüfen und belastende Lebensereignisse in der Vergangenheit vermögen für sich allein ein potentiell invalidisierendes Leiden nicht zu begründen. Dem trug Dr. med. E.\_\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung dahingehend Rechnung, als er eine umfassende Erhebung des Psychostatus vorgenommen hat und dabei ausdrücklich keine objektiven Hinweise auf ein andauerndes Gefühl der Beschwerdeführerin für Betäubtsein, auf emotionale Stumpfheit, auf Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, auf Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, auf vegetati-

ve Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und/oder eine übermässige Schreckhaftigkeit erheben konnte (act. II 157.1 S. 17). Zudem verwies er zu Recht auch auf die Aktenlage, welche eine entsprechende und heute geltend gemachte Symptomatologie nicht hinreichend dokumentiert. Dies gilt auch für den – ebenfalls von M. Sc. G.\_\_\_\_\_ mitunterzeichneten und vor der am 28. August 2015 in Aussicht gestellten Renteneinstellung (act. II 159) verfassten – Bericht des Spitals J.\_\_\_\_\_ vom 18. Juni 2014 (act. II 129 S. 3; 130). Ebenso wenig wurden entsprechende Symptome in den im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens edierten Krankenakten der Beschwerdeführerin aufgezeichnet (vgl. act. III, Register 3). Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass Dr. med. E.\_\_\_\_\_ sich die (von der Beschwerdeführerin offenbar bewusst nicht thematisierten [vgl. act. III, Register 3, Eintrag vom 16. Juli 2015]) Lebensereignisse im Rahmen der Erhebung des Psychostatus und der Evaluation der geltend gemachten PTBS nicht erneut in aller Detailliertheit schildern liess. Zudem vermöchte die Angabe von subjektiven Beschwerden allein im Lichte der – wie dargelegt – fehlenden objektiven Befunde eine PTBS (bzw. eine daraus abgeleitete Arbeitsunfähigkeit) ohnehin nicht rechtsgenüchlich zu begründen. Hinzu kommt, dass zwischen den geltend gemachten belastenden Ereignissen und dem postulierten Beginn der Krankheit eine lange Zeitspanne liegt, während der die Beschwerdeführerin in der Lage war, ihren anspruchsvollen Beruf als ... über 17 Jahre hinweg mit einem Pensum von 90% zu versehen (vgl. act. II 10), worauf auch Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hinweist (vgl. act. II 157.1 S. 29). Auch dieser Umstand lässt eine PTBS bzw. eine darauf basierende Persönlichkeitsstörung als nicht (rechtsgenüchlich) ausgewiesen erscheinen.

**4.7.2** Im Weiteren bemängeln Dr. med. F.\_\_\_\_\_ sowie M. Sc. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ die durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_ erfolgte Einschätzung hinsichtlich der Ausprägung der depressiven Symptome. Insbesondere kritisieren sie seine Interpretation der testdiagnostischen Ergebnisse.

Mit Bezug auf die Ergebnisse gemäss MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2) hielt der Gutachter fest, die Gültigkeit der Antworten sei fraglich und es sei von einer Verdeutlichungstendenz (möglicherweise

Simulation) auszugehen (S. 19). Ferner wies Dr. med. E.\_\_\_\_\_ darauf hin, dass eine depressive Episode im Sinne von ICD-10 F32/F33 nicht mit der MADRS (Montgomery-Asperg Depression Rating Scale) allein begründet werden könne (S. 17). Die insoweit zurückhaltende Gewichtung der testdiagnostischen Ergebnisse durch den Gutachter steht im Einklang mit der Rechtsprechung, wonach einem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden kann und ausschlaggebend die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung bleibt (Entscheid des BGer vom 23. September 2008, 9C\_458/2008, E. 4.2 am Schluss). Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hat anhand des Psychostatus respektive gestützt auf den als sehr gering ausgeprägt bezeichneten psychopathologischen Befund ein relevantes depressives Syndrom verneint (S. 16 f.; 24) bzw. die entsprechende Symptomatik innerhalb der von ihm attestierten Angst und depressiven Störung gemischt gesehen (S. 26). Ferner hat der Gutachter die ICD-Kriterien für depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen gemäss F32/F33 geprüft und festgehalten, dass die Beschwerdeführerin wohl manche der vorausgesetzten Symptome nenne, objektiv aber keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere bzw. Dauer vorlägen und der Schweregrad das notwendige Ausmass nicht erreiche (S. 28). In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin Auto fährt, was gegen eine von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und M. Sc. H.\_\_\_\_\_ postulierte, die Arbeitsfähigkeit depressionsbedingt erhebliche Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit (vgl. act. II 183 S. 19) spricht. Schliesslich begründen sie die ihrer Ansicht nach schwere depressive Störung hauptsächlich mit testdiagnostischen Ergebnissen und damit massgeblich mit den subjektiven Selbsteinschätzungen der Beschwerdeführerin (vgl. auch S. 19; act. III, Register 5), was dem Gesagten zufolge im gutachtlichen bzw. invalidenversicherungsrechtlichen Kontext jedoch nicht genügt.

**4.7.3** Sodann führen die behandelnden Ärzte ins Feld, entgegen dem Gutachten bestehe bei der Beschwerdeführerin eine versicherungsmedizinisch relevante Angststörung, welche die Leistungsfähigkeit einschränke.

Der Gutachter stellte fest, bei der Beschwerdeführerin stehe ein als vollständig beschriebenes Vermeidungsverhalten im Vordergrund der subjektiven Beschwerden; die Beschreibung widerspreche jedoch den mündlichen Angaben zu ihrer sozialen Aktivität (act. II 157.1 S. 10 f.). In der Begutachtung machte die Beschwerdeführerin diesbezüglich geltend, sie treffe sich mit ihren Kolleginnen; sonst meide sie Menschen. Sie nehme Termine wahr, müsse sich dazu aber sehr überwinden (S. 9). In der Diskussion hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, (auch) hinsichtlich der geltend gemachten Angststörung werde in den übrigen medizinischen Berichten vollständig auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt, wohingegen objektive psychopathologische Befunde in hinreichender Schwere nie dokumentiert worden seien und auch ein allfälliger Einfluss einer Aggravation (vgl. E. 4.7.5 hinten) nicht erörtert werde. Die von der Beschwerdeführerin genannten (subjektiven) Beschwerden würden von der Diagnose „Angst und depressive Störung, gemischt“ vollständig erfasst (S. 30).

Damit hat Dr. med. E. \_\_\_\_\_ den in den medizinischen Akten wiederholt dokumentierten Ängsten der Beschwerdeführerin durchaus Rechnung getragen, deren Ausprägung jedoch mit überzeugender Begründung nicht als so stark eingeschätzt, dass sie eine spezifische Diagnose rechtfertigen würden (vgl. DILLING, MOMBOUR, SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl., 2014, S. 199 zu F41.2). Zu beachten ist namentlich, dass die Beschwerdeführerin gemäss Bericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 18. Juni 2014 offensichtlich in der Lage ist, ihre diversen auswärtigen Termine (Einkaufen, Einzahlen, Termine beim Sozialdienst, Zusammenarbeit mit der Psychiatriespitex, Arztbesuche, Selbsthilfegruppe, Therapien) selbständig wahrzunehmen (act. II 130 S. 1), was die Schwere der gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin postulierten agoraphobischen Ängste erheblich relativiert. Auch hat sie eine Angewiesenheit auf lebenspraktische Begleitung für (u.a.) ausserhäusliche Verrichtungen ausdrücklich verneint (vgl. act. II 115 S. 6). Schliesslich ist die in den Berichten vom 18. Juni 2014 (act. II 130 S. 2), 15. September 2015 (act. II 168 S. 1) und 26. November 2015 (act. II 183 S. 16) mit F41.0 separat kodierte Diagnose einer Panikstörung nicht schlüssig, lässt sie sich doch im Lichte der für deren

Begründung wesentlichen Symptome (plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle [Depersonalisation oder Derealisation]) anhand der medizinischen Berichte – und insbesondere auch der Patientenakten (act. III) – nicht hinreichend nachvollziehen (vgl. DILLING, MOMBOUR, SCHMIDT, a.a. O., S. 196 f. zu F41.0).

**4.7.4** Sodann kann offen bleiben, ob die Alkoholabhängigkeit mit Dr. med. E. \_\_\_\_\_ als „primär“ (vgl. act. II 157.1 S. 31) oder – wie von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und M. Sc. G. \_\_\_\_\_ postuliert – als „sekundär“ (vgl. act. II 168 S. 3) einzustufen ist. Die Beschwerdeführerin ist in der Lage, abstinent zu bleiben. Sie hat die im Rahmen der Aufforderung zur Schadenminderung verlangte Abstinenz denn auch eingehalten. Ferner besteht Konsens, dass die Suchtproblematik die Arbeitsfähigkeit im massgebenden Beurteilungszeitraum nicht (mehr) einschränkte (vgl. act. II 130 S. 2; 157.1 S. 26). Zu betonen ist zudem, dass – wie Dr. med. E. \_\_\_\_\_ überzeugend festhält – die Beschwerdeführerin selbständig in der Lage war bzw. ist, eine Abstinenz zu erreichen, was für angemessene innerseelische Ressourcen spricht (vgl. S. 31 f.).

**4.7.5** Ferner halten Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und M. Sc. H. \_\_\_\_\_ Dr. med. E. \_\_\_\_\_ entgegen, aufgrund der biografischen Angaben und der Entwicklung der Symptomatik sei nicht von einer bewusstseinsnahen Aggravation auszugehen (vgl. act. II 183 S. 18).

Der Gutachter begründete seine Einschätzung, nach welcher eine bewusstseinsnahe Aggravation im Vordergrund stehe mit einer erheblichen, nicht krankheitsbedingten Diskrepanz zwischen subjektiver Schilderung der kognitiven und emotionalen Beschwerden einerseits gegenüber dem beobachtbaren Verhalten und den objektivierbaren psychopathologischen Befunden andererseits. Er verwies in diesem Zusammenhang auf eine Verdeutlichungstendenz im Psychostatus, auf Hinweise einer möglichen Simulation im Test MMPI-2, auf widersprüchliche Angaben hinsichtlich ihrer Defizite und des Cannabiskonsums sowie auf die labormässig dokumentierte unregelmässige Einnahme des Medikaments Quetiapin (vgl. act. II 157.1 S. 8, 20; zur Bedeutung der behaupteten Schmerzmitteleinnahme hinsichtlich der Glaubwürdigkeit der Schmerzangaben, vgl. Entscheid des

BGer vom 2. Dezember 2010, 9C\_719/2010, E. 2.2.2). Im Weiteren nannte er diverse relevante psychosoziale Belastungsfaktoren (Lebensalter, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, allein lebend, persönliche Berufswünsche, Konflikte mit Sozialdienst/IV/Steueramt, Rentenzusprache/Rentenwunsch [S. 24 f.]). Dass der Gutachter vor diesem Hintergrund auf eine mitwirkende Aggravation schliesst, ist nachvollziehbar und überzeugt.

Dem halten Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und M. Sc. H. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 26. November 2015 einzig entgegen, dass die Annahme einer Aggravation eine vage Vermutung darstelle (act. II 183 S. 18), was bei den gegebenen und vom Gutachter genannten Umständen jedoch nicht zutrifft. Dabei kann offen bleiben, ob – wie im vorgenannten Bericht behauptet, jedoch nicht weiter belegt – Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hinsichtlich der AKV-Tests eine falsche Vergleichsstichprobe verwendet hat, da dies dem Dargelegten zufolge lediglich ein Begründungselement unter mehreren darstellt und die Auffassung des Experten auch ohne dieses Element überzeugt. Im Übrigen stellen Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und die behandelnden Psychologinnen nicht in Abrede, dass in der Tat mannigfaltige psychosoziale Belastungsfaktoren vorliegen, wobei sich die Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin gemäss eigenen Angaben „geplagt“ fühlt (vgl. act. II 157.1 S. 9) und auch im Revisionsfragebogen auf die Frage, inwieweit sich der Gesundheitszustand verändert habe, ausschliesslich zur Antwort gab, dass sie „Geldsorgen und Stress wegen der IV-Rente“ habe (act. II 115 S. 1).

**4.7.6** Soweit Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und M. Sc. H. \_\_\_\_\_ im Weiteren geltend machen, Dr. med. E. \_\_\_\_\_ habe im psychopathologischen Befund wertende Bemerkungen verwendet, was die Gefahr eines Bias des Gutachters befürchten lasse (act. II 183 S. 20), erweist sich auch dieser Vorwurf als unbegründet, bestehen doch keinerlei Anhaltspunkte für eine allfällige Voreingenommenheit des Gutachters und hat dieser die Expertise durchgehend in einem sachlichen Ton abgefasst, was insbesondere auch auf die kritisierte Erhebung des Psychostatus zutrifft (vgl. act. II 157.1 S. 18).

**4.7.7** Hinsichtlich des im Bericht vom 26. November 2015 wiedergegeben psychopathologischen Befundes (act. II 183 S. 19) ist schliesslich Fol-

gendes festzuhalten: Selbst wenn, in Abweichung von der bisherigen Aktenlage, eine (nicht ausschliesslich reaktive und somit) invalidenversicherungsrechtlich beachtliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorläge, wäre diese im vorliegenden Verfahren nicht mehr zu berücksichtigen, erfolgte die entsprechende Befunderhebung doch am 12. November 2015 und damit nach der angefochtenen Verfügung vom 3. November 2015 respektive ausserhalb des vorliegend massgeblichen Beurteilungszeitraums (vgl. E. 4.1 vorne). Dass der nun geschilderte psychopathologische Befund anlässlich der Behandlung vor diesem Zeitpunkt zu erheben gewesen wäre, lässt sich aus den Behandlungsakten nicht ableiten und damit auch nicht erstellen.

**4.8** Die Berichte von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ und den M. Sc. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ sind somit nicht geeignet, Zweifel an der Beurteilung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ zu wecken, welche dessen Beweiswert in Frage zu stellen vermöchten. Nichts anderes folgt aus den im vorliegenden Beschwerdeverfahren edierten Krankenakten der Beschwerdeführerin, worin die langjährig behandelnden Psychologinnen M. Sc. G.\_\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_\_ weitgehend ausschliesslich die subjektive Befindlichkeit der Beschwerdeführerin aufgezeichnet haben (vgl. act. III, Register 3). Demnach ist für die weitere Beurteilung auf das Gutachten abzustellen. Der rechtserhebliche Sachverhalt erweist sich somit als hinreichend abgeklärt, womit es der in der Beschwerde beantragten Rückweisung zur „Abklärung des Sachverhaltes“ an die Beschwerdegegnerin nicht bedarf.

**4.9** Mit Bezug auf den Revisionsgrund ist Folgendes festzuhalten: Im der rentenzusprechenden Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 114) zugrundeliegenden Untersuchungsbericht vom 26. Oktober 2012 (act. II 74) konnte die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_\_ aufgrund des Cannabis- und Alkoholkonsums zwar keine definitive Diagnose stellen, attestierte jedoch aufgrund der gezeigten psychiatrischen Symptomatik vorerst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Weiter hielt sie fest, dass der Gesundheitszustand durch medizinische Massnahmen – insbesondere durch eine Abstinenz sowie durch die Weiterführung der ambulanten psychiatrisch-

psychotherapeutischen Behandlung – mittel- bzw. längerfristig verbessert werden könne (S. 8).

Gemäss bundesgerichtlicher Praxis bedarf es in Fällen, in welchen die Ärzte eine Verbesserung des Leidensbildes prognostizieren, zwar weiterer Abklärungen zu deren Bestätigung. Indessen kann von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes gegenüber der Situation im Zeitpunkt der Rentenzusprache, welche eine Aufhebung oder Herabsetzung der Rente rechtfertigt, ausgegangen werden, wenn ein beweistaugliches Gutachten mit unmissverständlich attestierter Arbeitsfähigkeit vorliegt (Entscheid des BGer vom 28. Oktober 2014, 9C\_459/2014, E. 3.3). Diese Voraussetzung ist mit dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ erfüllt. Mit den Ergebnissen im nämlichen Gutachten ist – im Vergleich zum Zustand, wie ihn die RAD-Ärztin erhoben hat – eine Änderung in den tatsächlichen bzw. medizinischen Verhältnissen im Sinne einer Verbesserung des (psychischen) Gesundheitszustandes und somit ein Revisionsgrund ausgewiesen (vgl. E. 3.3.2 vorne).

Im Rahmen des allseitig zu prüfenden Rentenanspruchs (vgl. E. 3.3.3 vorne) ist gestützt auf die Expertise von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ erstellt, dass die Beschwerdeführerin im Wesentlichen an einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2) leidet. Diese hat mit Bezug auf den invalidenversicherungsrechtlich einzig massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (zum Begriff, vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2008 IV Nr. 62 S. 205 E. 5.1) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Erwerb zur Folge; Gleiches gilt auch für den Haushalt (act. II 157.1 S. 32). Diese Einschätzung überzeugt auch mit Blick auf die Praxis des Bundesgerichts, welche die Diagnose „Angst und depressive Störung gemischt“ ganz allgemein im Grenzbereich dessen einordnet, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (vgl. Entscheid des BGer vom 27. Februar 2014, 8C\_55/2014, E. 4.3). Mithin ist im Hinblick auf den zu ermittelnden Invaliditätsgrad (vgl. E. 5 hinten) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten (inklusive Haushalt) auszugehen.

## **5.**

**5.1** Die Beschwerdeführerin war in der Vergangenheit allein in einem 90%-Pensum erwerbstätig (act. II 4; 10), womit sich die Frage stellt, ob im Gesundheitsfall von einer (einzig versicherten) teilzeitlichen Erwerbstätigkeit auszugehen oder auf einen Status von 90% Erwerbstätigkeit und 10% Haushalt zu schliessen ist. Dies kann indes offen bleiben, da gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ erstellt ist, dass im Haushalt keine Einschränkungen bestehen, da Arbeiten im Haushalt deutlich weniger vom seitens der Beschwerdeführerin beschriebenen ängstlich-depressiven Syndrom betroffen seien (act. II 157.1 S. 32).

**5.2** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**5.2.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

**5.2.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausge-

gebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) um maximal 25% zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität resp. Aufenthaltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

**5.2.3** Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei die Vergleichseinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu ermitteln sind (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 321 N. 31).

**5.3** Hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die Beschwerdeführerin als Gesunde auch fortan in ihrer bisherigen Tätigkeit im Umfang von 90% als ... beim früheren Arbeitgeber gearbeitet hätte (vgl. act. II 4; 10), zumal die Aktenlage nicht den Schluss auf eine überwiegend wahrscheinlich anderweitige berufliche Entwicklung zulässt. Gemäss den im Recht liegenden Lohnangaben verdiente die Beschwerdeführerin zuletzt Fr. 56'744.-- jährlich (act. II 15 S. 2; 31 S. 2).

Das Valideneinkommen ist der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen, wobei auf den Nominallohnindex gemäss der entsprechenden Erhebung des BFS abzustellen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 10. Mai 2013, 8C\_67/2013, E. 3.3.5). Da die definitiven Zahlen für das Jahr 2015 noch nicht vorliegen, wird der Berechnung des Invaliditätsgrades die Nominallohnentwicklung bis 2014 zugrunde gelegt.

Unter Berücksichtigung der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.2.05 Nominallohnindex, Frauen, 2006-2010, Abschnitt M,N,O und T1.2.10 No-

miniallohnindex, Frauen, 2011-2014, Abschnitt Q) resultiert per 2014 somit ein massgebliches Valideneinkommen von Fr. 58'187.35 (Fr. 56'744.-- /  $106.4 \times 107.6 / 100 \times 101.4$ ).

**5.4** Indem die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft respektive keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf statistische Werte gemäss LSE 2012 abzustellen (vgl. E. 5.2.2 vorne). Gemäss Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ wäre der Beschwerdeführerin die letzte Tätigkeit als ... grundsätzlich weiterhin uneingeschränkt zumutbar (vgl. act. II 157.1 S. 32). Diesfalls wäre dem Invalideneinkommen Tabelle TA1, Abschnitt 86-88 (Gesundheits- und Sozialwesen), welcher – bezogen auf das Kompetenzniveau 1 – ein monatliches Einkommen von Fr. 4'610.-- ausweist, zugrunde zu legen. Selbst wenn jedoch zu Gunsten der Beschwerdeführerin auf den erheblich tieferen Wert der Tabelle TA1, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1, abgestellt wird, resultiert kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad: Diesfalls beträgt das (auf zeitidentischer Grundlage mit dem Valideneinkommen ermittelte) Invalideneinkommen per 2014 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt Total), eines Arbeitspensums von 90% sowie der statistischen Lohnerhöhungen (BFS, T1.1.10 Nominallohnindex, Frauen, 2011 - 2014, Abschnitt Total) minimal Fr. 47'023.25 (Fr. 4'112.-- x 12 Monate /  $40 \times 41.7$  Wochenstunden /  $102 \times 103.6 \times 0.9$ ), wobei sich bei diesen Annahmen zugunsten der Beschwerdeführerin kein leidensbedingter Abzug vom statistischen Durchschnittslohn rechtfertigt.

Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt dies eine Erwerbseinbusse von Fr. 11'164.10 und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet höchstens 19% (Fr. 11'164.10 / Fr. 58'187.35 x 100 [zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123]), womit kein Rentenanspruch besteht (vgl. E. 3.2 vorne).

**5.5** Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 3. November 2015 (act. II 176) als rechtens. Die Beschwerde ist abzuweisen.

**5.6** Bei diesem Ergebnis besteht denn auch kein Anlass, die ursprüngliche Rentenverfügung – wie dies die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort für eine eventualiter substituierte Begründung verlangt – auf zweifellose Unrichtigkeit hin zu prüfen.

## **6.**

**6.1** Mit Verfügung vom 26. Januar 2016 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut und ordnete der Beschwerdeführerin Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ von der B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin bei.

**6.2** 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.

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

## **6.3**

**6.3.1** Infolge Unterliegens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Festzusetzen bleibt indes das amtliche Honorar für Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ der B. \_\_\_\_\_.

**6.3.2** Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund

eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter [www.justice.be.ch](http://www.justice.be.ch)). Im Falle der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne der Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.4.1 S. 4) wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 130.-- und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 80.-- festgelegt.

**6.3.3** Mit prozessleitender Verfügung vom 1. Dezember 2015 wies der Instruktionsrichter die Rechtsvertreterin mit Bezug auf die mit der Beschwerde eingereichte (erste) Honorarnote darauf hin, dass diese nicht den Vorgaben gemäss dem Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009 entsprechen dürfte. Weiter stellte er fest, dass die Rechtsvertreterin MWSt in Rechnung stelle, ohne jedoch die MWSt-Nummer zu nennen. Am 19. Februar 2016 hat sie eine neue Honorarnote eingereicht und in nicht nachvollziehbarer Weise geltend gemacht, es sei jeweils erst im Nachhinein klar, ob MWSt zu bezahlen sei oder nicht. Sie sei – nach Rücksprache mit ihrem Buchhalter – angewiesen worden, im vorliegenden Verfahren eine Honorarnote ohne MWSt einzureichen.

Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ macht ein Honorar (ohne Mehrwertsteuer) von Fr. 4'487.50 geltend, bestehend aus einem Aufwand von 17.75 Stunden à Fr. 250.-- sowie einer Spesenpauschale von Fr. 50.--.

Der mit der zweiten Honorarnote in Rechnung gestellte Stundenansatz von Fr. 250.-- entspricht nach wie vor nicht den rechtlichen Vorgaben und ist entsprechend den Grundsätzen, wie sie für gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstellen festgelegt wurden (vgl. E. 6.3.2 vorne), auf Fr. 130.-- pro

Stunde zu korrigieren. Im Weiteren erweist sich der geltend gemachte Aufwand als deutlich übersetzt, wirft der Fall doch keine besonders komplexen Sachverhalts- und Rechtsfragen auf. Ferner beschränkt sich die weit-schweifige Beschwerde vom 30. November 2015 über weite Strecken auf eine Wiedergabe (eingeholter oder im Recht liegender) medizinischer Berichte. Sodann kann der nach gerichtlicher Aufklärung seitens der Vertreterin der Beschwerdeführerin verursachte Aufwand hinsichtlich der Mehrwertsteuerpflicht und der Kostennote nicht berücksichtigt werden. In Anbetracht dieser Umstände erscheint ein Aufwand von insgesamt 8 Stunden als angemessen.

Das amtliche Honorar ist auf Fr. 1'090.-- (8 × Fr. 130.-- und Fr. 50.-- Auslagen) festzusetzen und Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin nach Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 113 VRPG.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Der amtlichen Anwältin, Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ der B.\_\_\_\_\_, wird aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'090.-- festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

5. Zu eröffnen (R):

- B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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