

200 18 146 IV
FUE/PRN/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Oktober 2018

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Grütter
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. Januar 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1969 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ..., seit September 2008 als ... in einem Teilzeitpensum für die C._____ AG erwerbstätig (vgl. Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 14, S. 3; Beschwerdebeilage [act. IB] 10), meldete sich im Juni 2016 unter Hinweis auf eine seit April 2014 bestehende Dismorphophobie bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (act. II 12). In der Folge holte die IVB erwerbliche und medizinische Unterlagen ein – insbesondere ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Gutachten des Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. August 2017 (act. II 46.1). Mit Vorbescheid vom 27. September 2017 stellte die IVB die Ablehnung des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung in Aussicht, da kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert bestehe (act. II 47). Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch E._____, am 23. Oktober 2017 Einwand (act. II 55) und reichte am 27. November 2017 einen Bericht von med. pract. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. November 2017 zu den Akten (act. II 59). Nach Einholung von Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 21. Dezember 2017 (act. II 61) und des Dr. med. D._____ vom 3. Januar 2018 (act. II 63) verfügte die IVB am 19. Januar 2018 wie angekündigt (act. II 64).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, neu vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B._____, am 19. Februar 2018 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 19. Januar 2018 sowie die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Anordnung eines bidisziplinären, neuropsychologisch-psychiatrischen Gutachtens. Eventualiter seien der Beschwerdeführerin berufliche Massnahmen (Wiedereingliederung in den erlernten Beruf) sowie eine Invalidenrente seit Januar 2017 zuzusprechen. Zur Begründung liess

sie im Wesentlichen vorbringen, auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten vom 16. August 2017 könne nicht abgestellt werden.

Am 6. März 2018 stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege im Sinne der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung, unter Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ als amtliche Anwältin.

In der Beschwerdeantwort vom 22. März 2018 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 23. Juni 2018 reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen zu den Akten (act. IB). Dazu liess sich die Beschwerdegegnerin am 9. Juli 2018 vernehmen.

Mit Eingabe vom 29. August 2018 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des med. pract. F. _____ vom 28. August 2018 ein (Beschwerdebeilage [act. IC] 1).

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist

gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 19. Januar 2018 (act. II 64). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

2.2.1 Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr

zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

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

von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand sowie zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 16. August 2017 stellte Dr. med. D. _____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine hypochondrische Störung (nicht wahnhafte Dymorphophobie, ICD-10: F45.21) mit rezidivierenden phobisch-deprimierten Verstimmungen, bei Konsum multipler nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen und bei verbaler Intelligenz im Grenzbereich (act. II 46.1, S. 31). Eine relevante ($\geq 20\%$ von 100%), längerfristige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht aufgrund der hypochondrischen Störung und den damit verbundenen weit überwiegend subjektiven Beschwerden für keinen Zeitraum begründet. Eine Minderung der Leistungsfähigkeit könne aufgrund der verminderten persönlichen Ressourcen mit 10% (von 100%) geschätzt werden. Für stationäre Hospitalisationen sei bereits aus formalen Gründen von einer jeweils kurzzeitigen vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (act. II 46.1, S. 35).

3.1.2 Med. pract. F. _____ diagnostizierte im Bericht vom 24. November 2017 – differentialdiagnostisch zu Dr. med. D. _____ – eine sonstige

anhaltende wahnhafte Störung (ICD-10: F22.8). Der behandelnde Psychiater führte aus, insgesamt seien die Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit durch die wahnhafte Störung im Gutachten vom 16. August 2017 zu wenig berücksichtigt worden. Die Beschwerdeführerin betrachte sich täglich bis zu mehreren Stunden vor dem Spiegel, was eine massive Reduktion der Leistungsfähigkeit zur Folge habe. Dieses Verhalten werde im Gutachten nicht berücksichtigt. Auch die durch die Symptomatik verursachte negative Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, des sozialen Lebens, der Fähigkeit, ihre gesellschaftliche Rolle auszufüllen, in den Aktivitäten des täglichen Lebens oder der Fähigkeit, diese Gedanken zu stoppen, seien im Gutachten ungenügend erhoben worden (act. II 59, S. 2 f.). Die massiven Schamgefühle seien auch nirgends erwähnt worden. Med. pract. F._____ schlug eine störungsspezifische Testung z.B. in einer universitären Einrichtung vor (act. II 59, S. 3).

3.1.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. G._____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Stellungnahme vom 21. Dezember 2017 aus, mit der von med. pract. F._____ geführten Diskussion um den Wahn sei eine Beeinträchtigung im Alltag, im sozialen Erleben, in den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Tagesstruktur verbunden. Dr. med. D._____ habe glaubhaft eine ausreichende Tagesstrukturierung seitens der Beschwerdeführerin erfragt und dargestellt. Bei reduzierter verbaler Intelligenz der Beschwerdeführerin könne somit entgegen den Äusserungen des behandelnden Psychiaters med. pract. F._____ keine höherwertige Einschränkung der Leistungsfähigkeit abgeleitet werden. Deshalb seien die Ausführungen hinsichtlich Funktionalität und die Ableitung des Zumutbarkeitsprofils im Gutachten von Dr. med. D._____ schlüssig und nachvollziehbar. Die gewählte Form der psychometrischen Testung im Gutachten erscheine adäquat und vollständig, insbesondere zur Widerlegung der vorbestehenden Diagnose eines depressiven Syndroms. Die Forderung des behandelnden Psychiaters nach störungsspezifischen Testungen und nach einer erneuten Begutachtung sei wenig sinnstiftend und würde zur Erstellung des Zumutbarkeitsprofils basierend auf der Funktionalität der Beschwerdeführerin nicht beitragen (act. II 61, S. 2).

3.1.4 Vom 7. bis zum 22. Dezember 2017 war die Beschwerdeführerin in den psychiatrischen Diensten H._____ hospitalisiert, wo sie sich vom 28. März 2014 bis am 16. Juni 2017 in ambulanter Behandlung befand (vgl. Beschwerdebeilage [act. I] 3). Im Austrittsbericht vom 29. Dezember 2017 diagnostizierten die Ärzte psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), eine wahnhaftige Dismorphophobie (ICD-10: F22.8), psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (abstinent seit 1998; ICD-10: F11.20) und psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: schädlicher Gebrauch (ICD-10: F13.1, act. I 4, S. 1).

3.1.5 In der Stellungnahme vom 3. Januar 2018 führte Dr. med. D._____ aus, dass gestützt auf die medizinischen Akten sowie die Untersuchung vom 18. Juli 2017 keine wahnhafte Störung vorliege (act. II 63, S. 2 f.). Aus versicherungspsychiatrischer Sicht bleibe die Diskussion betreffend Diagnose zudem vor allem von akademischem Interesse. Eine Relevanz bezüglich der Leistungsfähigkeit ergäbe sich allein aus der Tatsache der übermässigen Beschäftigung (vor dem Spiegel), die eine verminderte persönliche Ressource konkretisiere. Wahnhaftes Denken allein sei zunächst in keiner Weise leistungshinderlich, solange die Beschäftigung damit nicht übermässig ausgeprägt sei. Die übermässige Beschäftigung wiederum sei durch medizinische Massnahmen modifizierbar, worauf auch die Beschwerdeführerin selbst hinweise. Deshalb sollte im Zusammenhang mit dem Einsatz von Konfrontationsverfahren neben Aktivitäten des täglichen Lebens auch berufliche Aktivitäten genutzt werden. Die entsprechende Kritik von med. pract. F._____ gehe somit ins Leere. Dr. med. D._____ bestätigte seine im Gutachten vom 16. August 2017 gemachte Einschätzung (sowohl bezüglich Diagnose als auch Arbeits[un]fähigkeit; act. II 63, S. 3).

3.1.6 Vom 8. bis zum 16. März 2018 war die Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Klinik I._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 25. April 2018 wurde eine Mischtoxikation mit Alkohol und Neuroleptikum am 8. März 2018, differentialdiagnostisch in suizidaler Absicht, psychische

Verhaltensstörungen durch Sedativa und durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (aktenanamnestisch), eine depressive Episode (aktenanamnestisch) und eine Dismorphophobie (wahnhaft) diagnostiziert (act. IB 13, S. 1).

3.1.7 In dem von der Rechtsanwältin der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen neuropsychologischen Konsilium vom 4. Juni 2018 diagnostizierte lic. phil. J._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und Psychotherapie FSP, eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung nach ICD-10 als F06.7: leichte kognitive Störung kodierbar. Die Beschwerdeführerin vermöge die kognitiven Anforderungen ihrer früher ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin in einem ... theoretisch auch weiterhin zu bewältigen. Aufgrund der leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörungen sei die psychomentale Belastbarkeit um 40% reduziert, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 60%. Auch in einer leidensangepassten Verweistätigkeit mit vergleichbaren kognitiven Anforderungen sei die Arbeitsfähigkeit mit 60% zu beurteilen (act. IB 14, S. 7 f.).

3.1.8 Auf Anfrage der Rechtsanwältin der Beschwerdeführerin gab med. pract. F._____ im Bericht vom 28. August 2018 an, die von lic. phil. J._____ festgestellten kognitiven Störungen seien auch eine Folge des langjährigen Substanzkonsums. Er diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige kognitive Störung (ICD-10: F06.7) durch langjährig und zum Teil anhaltende, substanztoxische Einwirkung durch C2, Cannabinnoide, Opioide und Benzodiazepine. Der behandelnde Psychiater hielt weiter fest, der aktuelle Alkoholkonsum der Beschwerdeführerin alleine erkläre die kognitiven Störungen nicht. Die kognitiven Einbussen seien zum Zeitpunkt der neuropsychologischen Testung auch ohne Konsum messbar gewesen. Die Beschwerdeführerin benötige bei den Arbeitseinsätzen Temesta. Jetzt nehme sie täglich 1mg exp. ½ - 1 Tablette ein. Eine dauerhafte Benzodiazepineinnahme reduziere die kognitive Leistungsfähigkeit zusätzlich (act. IC 1, S. 1).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen

Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

3.3 In medizinischer Hinsicht stellte die Beschwerdegegnerin auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 16. August 2017 ab (act. II 46.1). Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet, so dass darauf abgestellt werden kann. Dr. med. D. _____ führte überzeugend und schlüssig aus, weshalb er von einer hypochondrischen Störung – und nicht an einer wahnhaften Dysmorphophobie – mit rezidivierenden phobisch-depremierten Verstimmungen, bei Konsum multipler, nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen und bei verbaler Intelligenz im Grenzbereich ausging (act. II 46.1, S. 17, 31; 63, S. 2 f.). Einleuchtend ist auch seine Darlegung, dass die von med. pract. F. _____ geführte Diskussion betreffend die genaue diagnostische Kategorisierung letztlich eher

von akademischem Interesse ist, weil einzig die aus der Störung resultierenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit entscheidend sind. Eine relevante, längerfristige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit aufgrund der hypochondrischen Störung und den damit verbundenen weit überwiegend subjektiven Beschwerden verneinte der Gutachter jedoch bzw. attestierte einzig eine Minderung der Leistungsfähigkeit von 10% aufgrund der verminderten persönlichen Ressourcen (act. II 46.1, S. 35; vgl. auch Stellungnahmen vom 21. Dezember 2017 und vom 3. Januar 2018, act. II 61, S. 2; 63, S. 3).

3.4 Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen – wie nachfolgend aufgezeigt wird – die Expertise des Dr. med. D. _____ vom 16. August 2017 nicht in Zweifel zu ziehen.

3.4.1 Zunächst macht die Beschwerdeführerin geltend, das Gutachten beruhe nicht auf vollständigen Unterlagen. Es fehlten zum Beispiel die Verlaufsberichte über die Opiumentzugstherapie oder über die Behandlung im Kriseninterventionszentrum der psychiatrischen Dienste H. _____ 2011, Verlaufsberichte der Psychiatrie-Spitex, Unterlagen über die Schul- sowie Berufsbildung, namentlich Schul- und Abschlusszeugnisse, Arbeitszeugnisse sowie die Unterlagen über die berufliche Anlehre (Beschwerde, S. 3 Ziff. 1). Weshalb die Einholung dieser Unterlagen für die Erstellung des Gutachtens unabdingbar sein sollte, legt die Beschwerdeführerin allerdings nicht dar und ist auch nicht ersichtlich. Was die schulischen und beruflichen Zeugnisse betrifft, so hatte der psychiatrische Experte aufgrund der Aktenlage und der Anamnese hinreichend Kenntnisse über den Werdegang der Beschwerdeführerin, namentlich über die absolvierte Primarschule samt Weiterbildungsklasse, das Haushaltslehrjahr und die einjährige Ausbildung zur ... (act. II 46.1, S. 17). Ferner waren dem Gutachter die diversen Behandlungen bei den psychiatrischen Diensten H. _____ bekannt (act. II 46.1, S. 5). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass mit Blick auf den hier zu beurteilenden Zeitraum ab Dezember 2016 (frühest möglicher Rentenbeginn - sechs Monate nach der Anmeldung im Juni 2016, Art. 29 Abs. 1 IVG) die Einzelheiten des Opiumentzuges 1998 kaum noch von Relevanz sind. Vielmehr ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, dass die Beschwerdeführerin seit dem Entzug keine (illegalen) Drogen mehr konsu-

miert (act. II 46.1, S. 28). Was schliesslich die Verlaufsberichte der Psychiatrie-Spitex betrifft, handelt es sich nicht um ärztliche (Fach-)Berichte, sondern um solche einer Pflegefachperson. Ob von nichtärztlichen Drittpersonen ein Bericht einzuholen ist, liegt im Ermessen des Experten. Angesichts der vom Gutachter erhobenen, fundierten Anamnese, die hinreichend Aufschluss über die Unterstützung durch die Psychiatrie-Spitex gibt (act. II 46.1, S. 9) ist nicht ersichtlich, weshalb der Verzicht auf die Fremdanamnese den Beweiswert der Expertise in Frage stellen sollte.

3.4.2 Weiter moniert die Beschwerdeführerin, angesichts klarer Indizien über das Bestehen von neuropsychologischen und kognitiven Defiziten wäre eine umfassende neuropsychologische Abklärung durch einen Neuropsychologen FSP dringend angezeigt gewesen. Das Gutachten von Dr. med. D._____ beruhe daher nicht auf umfassenden Untersuchungen (Beschwerde, S. 3 f. Ziff. 1). In der Eingabe vom 23. Juni 2018 macht sie ergänzend dazu geltend, das inzwischen durchgeführte neuropsychologische Konsilium vom 25. Mai 2018 (act. IB 14) habe leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörungen durch langjährige substanztoxische Einwirkung durch Alkohol, Opioide, Benzodiazepine und Sedativa auf das zentrale Nervensystem ergeben. Die psychomentale Belastbarkeit sei laut Konsilium um 40% reduziert, die Arbeitsfähigkeit betrage aus diesem Grunde auch in angepassten Tätigkeiten lediglich 60% (S. 4). Gestützt auf den Bericht von med. pract. F._____ vom 28. August 2018 (act. IC 1) bringt die Beschwerdeführerin in der Eingabe vom 29. August 2018 schliesslich vor, der behandelnde Psychiater bestätige die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen kognitiven Funktionsstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit infolge des langjährigen Substanzkonsums. Zudem weise med. pract. F._____ darauf hin, dass der aktuelle Alkoholkonsum die bestehende kognitive Beeinträchtigung nicht erklären könne und diese auch ohne Alkoholkonsum anlässlich der neuropsychologischen Testung messbar gewesen sei (S. 1).

Vorab ist festzuhalten, dass das neuropsychologische Konsilium am 25. Mai 2018 und somit nicht mehr im hier massgebenden bzw. zu beurteilenden Zeitraum (die angefochtene Verfügung datiert vom 19. Januar 2018) stattfand. Da es jedoch allenfalls Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des

Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlaubt, ist es dennoch in die Beurteilung miteinzubeziehen (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Dies gilt ebenso für den Bericht von med. pract. F. _____ vom 28. August 2018, welcher sich auf das neuropsychologische Konsilium bzw. auf die darin diagnostizierte kognitive Störung bezieht (act. IC 1). Zur durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung ist zu bemerken, dass solchen Testverfahren, die bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen sind (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. Februar 2017, 9C_338/2016 E. 5.4), im Rahmen psychiatrischer Begutachtungen höchstens ergänzende Funktion zukommt, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt. Vorliegend hat der Experte – auch wenn die Beschwerdeführerin beim d2-C-Test (Aufmerksamkeits-Belastungs-Test) lediglich eine quantitative Leistung im unteren Referenzbereich bei einem sehr hohen Fehleranteil zeigte (act. II 46.1, S. 15) – von ergänzenden Abklärungen abgesehen, was grundsätzlich in seinem fachlichen Ermessen liegt und angesichts der im Psychostatus erhobenen, nicht auffälligen Befunde (angemessene Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung und Merkfähigkeit; act. II 46.1, S. 12) vertretbar scheint. Damit ist der Einwand der fehlenden neuropsychologischen Untersuchung unbehelflich. Was die Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit durch die Neuropsychologin betrifft, ist festzuhalten, dass die ärztlichen Gutachter – und nicht die Neuropsychologen – die Arbeitsfähigkeit zu bestimmen haben (vgl. Entscheid des BGer vom 17. Oktober 2014, 8C_578/2014, E. 4.2.7). Überdies weist die Beschwerdegegnerin in der Stellungnahme vom 9. Juli 2018 zutreffend darauf hin, dass sich die untersuchende Neuropsychologin nicht dazu geäußert hat, ob bzw. welchen Einfluss namentlich die psychosozialen Faktoren auf die Testresultate zeitigten. Insofern ändert auch der Bericht von med. pract. F. _____ vom 28. August 2018 (act. IC 1) nichts, da er erstmals im August 2018 die von lic. phil. J. _____ gestellte Diagnose stellte bzw. übernahm, ohne dies näher zu begründen und zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen. Überdies bleibt im Dunkeln, weshalb er einen Alkoholeinfluss auf die neuropsychologische Testung explizit ausschloss, ist doch im Bericht der lic. phil. J. _____ keine entsprechende Untersuchung vermerkt.

3.4.3 Angesichts der diskrepanten Beurteilung der behandelnden Ärzte der psychiatrischen Dienste H._____ einerseits und des Experten andererseits ist die Beschwerdeführerin der Ansicht, Dr. med. D._____ wäre gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie gehalten gewesen, bei den Ärzten der psychiatrischen Dienste H._____ Fremdanamnesen einzuholen (Beschwerde, S. 4 Ziff. 2). Rechtsprechungsgemäss ist die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese bei der behandelnden Arztperson in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens. Auch aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich in dieser Hinsicht nichts anderes (Entscheid des BGer vom 27. März 2018, 8C_794/2017, E. 4.2.1). Abgesehen davon schreiben weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Richtlinien vor, stellen sie doch lediglich eine Orientierungshilfe für die begutachtenden Fachpersonen dar (Entscheide des BGer vom 24. Januar 2017, 9C_715/2016, E. 3.2 und vom 30. Mai 2018, 8C_55/2018, E. 6.4.1). Mithin verliert ein Gutachten nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die erwähnten Qualitätsrichtlinien anlehnt (Entscheid des BGer vom 27. September 2017, 8C_820/2016, E. 5.2).

3.4.4 Ferner führt die Beschwerdeführerin ins Feld, gemäss med. pract. F._____ hätten zur korrekten diagnostischen Einschätzung des Schweregrads der körperdysmorphen Störung sowie deren diagnostischen Einordnung störungsspezifische Tests durchgeführt werden müssen (Beschwerde, S. 5 Ziff. 2). Auch diesbezüglich ist festzuhalten, dass den Experten bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens ein grosses Ermessen zukommt, so dass nicht gesagt werden kann, dass nur die Anwendung einer Methode zulässig ist. Massgebend ist vielmehr, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (vgl. Entscheid des BGer vom 30. Mai 2018, 8C_55/2018, E. 6.4.1), was vorliegend zu bejahen ist.

Die Berichte von med. pract. F._____ vom 24. November 2017 (AB 59, S. 2 f.) und vom 28. August 2018 (act. IC 1) enthalten auch sonst nichts,

was den Beweiswert des Gutachtens in Zweifel ziehen könnte. Wie bereits ausgeführt (E. 3.3) ist die genaue diagnostische Einordnung der Störung (hypochondrische Störung [ICD-10: F45.21] oder eine sonstige anhaltende wahnhaftige Störung [ICD-10: F22.8]), zu welcher sich der behandelnde Psychiater einlässlich äussert, nicht entscheidend (zur fehlenden Korrelation von Diagnose und Arbeitsunfähigkeit: BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195), sondern die daraus resultierende Einschränkung der Erwerbsfähigkeit (Entscheid des BGer vom 20. März 2017, 9F_9/2016, E. 2.4). Überdies ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt ebenso für den behandelnden Spezialarzt (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.4.5 Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, es liege eine chronische, anhaltende depressive Episode ohne längerfristige Remission trotz leitliniengerechter Therapie vor, die ihr Ressourcen raubten. Die Depression sei somit austerapiert und als invalidisierend zu qualifizieren (Beschwerde, S. 5 Ziff. 3). Für den Fall, dass mit dem Gutachter vom Fehlen einer depressiven Störung ausgegangen würde, wäre abzuklären, ob sich der Gesundheitszustand mit Blick auf die Dekompensation im Dezember 2017 verschlechtert habe (Beschwerde, S. 6 Ziff. 3).

Hierzu ist festzuhalten, dass Dr. med. D. _____ eine depressive Störung retrospektiv anhand der dokumentierten Befunde nicht nachvollziehen konnte (act. II 46.1, S. 18) und er auch im Rahmen der Untersuchung die diagnostischen Kriterien für eine depressive Episode (F32) gestützt auf den Psychostatus als nicht erfüllt erachtete (act. II 46.1, S. 19). Dies insbesondere deshalb, weil die typischen Symptome einer depressiven Episode – eine schwere Antriebshemmung und eine ausgeprägte Störung der Affektmodulation (vgl. dazu DILLING/MOMBOUR/ SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 f.) – nicht vorhanden seien (act. II 46.1, S. 22 f.). Zu diesem Schluss gelangte der Experte auch gestützt auf die erhobenen Testresultate (Montgomery-Asperg Depression

Rating Scale [MADRS]; AB 46.1, S. 14). Dies schliesst nicht aus, dass es im Dezember 2017 – offenkundig aufgrund psychosozialer Umstände (die Beschwerdeführerin ist gemäss eigenen Angaben Opfer eines Betruges am Arbeitsplatz geworden, die Leistungen des Sozialdienstes wurden geändert, Suizid des Ex-Freundes; Beschwerde, S. 5 sowie act. I 4, S. 2) – zu einer psychischen Dekompensation (mit Alkoholrückfall) und damit einhergehend zu einer (reaktiven) Depression gekommen ist, wobei sich der psychische Zustand laut Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste H._____ während des stationären Aufenthalts im Dezember 2017 „deutlich verbessert“ habe (act. IB 4). Selbst wenn für diese Zeit von einem allenfalls schweren depressiven Geschehen auszugehen wäre, läge aufgrund der beschränkten Dauer jedenfalls keine langdauernde Verschlechterung im Sinne von Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) vor. Deshalb erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung Abklärungen zur Frage, ob nach der Begutachtung eine Verschlechterung eingetreten ist (Beschwerde, S. 6 oben).

3.4.6 Des Weiteren zweifelt die Beschwerdeführerin die Einschätzung des Dr. med. D._____ mit Verweis auf die nachträglich aufgelegte Pflegedokumentation der Psychiatrie-Spitex vom 29. Mai 2018 (act. IB 11) an mit der Begründung, sie verfüge entgegen dem Gutachten nicht über gute Ressourcen und eine ausreichende Tagesstrukturierung mit multiplen Aktivitäten, vielmehr sei sie hochgradig eingeschränkt und verbringe mindestens zwei Stunden pro Tag vor dem Spiegel (Eingabe vom 23. Juni 2018, S. 2). Diesbezüglich ist zu bemerken, dass der Gutachter bereits Kenntnis von der täglichen Beschäftigung vor dem Spiegel im genannten Umfang hatte, gab doch die Beschwerdeführerin im Rahmen der Untersuchung selber an, dass sie sich aktuell noch zwei bis drei Stunden täglich im Spiegel anschau. Es sei „wie eine Sucht“ (AB 46.1, S. 8, 19). Insofern enthält der Bericht keine neuen oder vom Gutachter ungewürdigt gebliebenen Tatsachen. Kommt hinzu, dass der Gutachter in der Stellungnahme vom 3. Januar 2018 überzeugend darlegte, die übermässige Beschäftigung (vor dem Spiegel) sei durch medizinische Massnahmen modifizierbar (act. II 63, S. 3).

3.4.7 Schliesslich ist die Beschwerdeführerin der Ansicht, es sei namentlich aufgrund der festgestellten Teilleistungsschwäche in der verbalen Intelligenz zu prüfen, ob eine Frühinvalidität vorliege (Beschwerde, S. 3 Ziff. 1). Der Beschwerdeführerin kann insoweit gefolgt werden, als der Gutachter mittels des VKI-A (Verbaler Kurzintelligenztest) einen knapp unterdurchschnittlichen verbalen IQ von 84 feststellte (act. II 46.1, S. 14). Indes hat das Bundesgericht in konstanter Rechtsprechung bei einem IQ von 70 und mehr einen IV-rechtlich massgeblichen Gesundheitsschaden verneint (Entscheid des EVG vom 6. März 2006, I 775/05, E. 4.1; vgl. auch Entscheid des BGer vom 6. November 2009, 9C_664/2009, E. 3). Liegt somit die Intelligenz einer versicherten Person über der massgeblichen Schwelle und damit noch im unteren Normbereich (IQ 70 bis 84), gilt dies in der Regel nicht als gesundheitliche Beeinträchtigung im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG (vgl. Entscheid des BGer vom 24. September 2014, 8C_108/2014, E. 2.2). Daher besteht aufgrund des festgestellten IQ kein Grund für die Annahme einer Frühinvalidität. Auch das Absolvieren der obligatorischen Schulzeit an regulären Schulen spricht gegen die Annahme einer Frühinvalidität. Was den beruflichen Werdegang betrifft, verlief dieser zwar unstet und finanziell unterdurchschnittlich. Dieser Umstand findet jedoch im stattgehabten Konsum illegaler Drogen zwischen 1990 und 1998 (act. II 46.1, S. 17) eine hinreichende (invaliditätsfremde) Erklärung.

3.5 Gelangt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. E. 2.2.2 hiervor) soll nicht stattfinden (Entscheid des BGer vom 11. Januar 2018, 9C_307/2017, E. 5.1.2; vgl. auch BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417, 143 V 418 E. 7.1 S. 428).

Weil vorliegend das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 16. August 2017 (AB 46.1) beweiskräftig ist und die volle Arbeitsfähigkeit – unter Berücksichtigung der Vorgaben der bundesgerichtlichen Recht-

sprechung gemäss BGE 141 V 281 (act. II 46.1, S. 27 ff.) – aktuell und auch retrospektiv in nachvollziehbarer und einleuchtender Weise begründet wurde (vgl. E. 3.3 hiervor), ist die Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.2.2 hiervor) entbehrlich. Soweit der Gutachter von einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 10% aufgrund verminderter persönlicher Ressourcen ausgeht ist festzuhalten, dass diese Einschränkung auf psychosozialen (act. II 46.1, S. 21, 26) bzw. invaliditätsfremden Faktoren beruht, welche für die versicherungspsychiatrische Beurteilung nicht zu berücksichtigen sind (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2).

Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb auf deren Durchführung in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.6 Nach dem Dargelegten ist kein invalidisierender Gesundheitsschaden erstellt, weshalb die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. Die angefochtene Verfügung vom 19. Januar 2018 (act. II 64) ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

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

Im vorliegenden Fall sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege (E. 4.3 hiernach) – der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

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

4.3 Zu prüfen bleibt der Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege.

Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Beschwerdeführerin wird vom Sozialdienst L._____ unterstützt (Beschwerdebeilage [act. IA] 1 - 3). Ihre Bedürftigkeit ist ausgewiesen. Auch kann der Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden (vgl. BGE 129 I 129 E. 2.3.1 S. 135, 122 I 267 E. 2b S. 271, je mit Hinweisen). Weiter war eine anwaltliche Verbeiständung geboten, so dass der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren ist, unter Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B._____ als amtliche Anwältin. Somit ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 Abs. 1 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

4.4 Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwältin Dr. iur. B._____.

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

Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

In der Kostennote vom 19. Januar 2018 macht Rechtsanwältin Dr. iur. B._____ einen Zeitaufwand von 22.25 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 5'612.50 zuzüglich Auslagen von insgesamt Fr. 166.90, total Fr. 5'779.40 geltend. Eine Mehrwertsteuerforderung wurde nicht ausgewiesen. Gemäss UID-Register (vgl. www.uid.admin.ch) ist die Rechtsanwältin denn auch nicht steuerpflichtig.

Der geltend gemachte Aufwand erscheint mit Blick auf andere, bezüglich des objektiv erforderlichen Prozessaufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses vergleichbare Verfahren als übersetzt. In Würdigung der gesamten Umstände wird das amtliche Honorar daher ermessensweise auf pauschal Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen) festgesetzt und Rechtsanwältin Dr. iur. B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ausgerichtet. 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. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B._____ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. 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.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der amtlichen Anwältin, Dr. iur. B._____, wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'000.-- festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B._____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 29. August 2018)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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