

200 18 581 IV
SCP/SAW/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Dezember 2018

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Baumann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Juni 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 22. Dezember 2004 unter Hinweis auf Rückenprobleme bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 1). Im Folgenden führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) erwerbliche sowie medizinische Abklärungen durch und liess die Versicherte insbesondere durch Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, begutachten (vgl. Gutachten vom 24. Mai 2006, act. II 38). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 40; 42) lehnte die IVB mit Verfügung vom 11. Oktober 2006 (act. II 43) bei einem Invaliditätsgrad von 10% den Anspruch auf eine Invalidenrente ab.

B.

Am 15. Mai 2017 (act. II 52) meldete sich die Versicherte wegen Fuss-, Hüft- und Herzproblemen sowie aufgrund von Depressionen erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nachdem die IVB mit Vorbescheid vom 29. Juni 2017 (act. II 60) das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren mangels Glaubhaftmachens einer massgebenden Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten materiellen Verfügung in Aussicht gestellt hatte, reichte die Versicherte diverse medizinische Berichte ein (act. II 68). Daraufhin veranlasste die IVB eine bidisziplinäre Begutachtung bei Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie Prof. Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. orthopädisch-traumatologisches Gutachten vom 5. April 2018, act. II 81.3; psychiatrisches Gutachten vom 22. März 2018, act. II 81.2; bidisziplinäre Zusammenfassung vom 10. April 2018, act. II 81.1), und stellte mit Vorbescheid vom 26. April 2018 (act. II 82) wiederum die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Zur Begründung legte sie dar, der Beschwerdeführerin seien Tätigkeiten mit abwechselnd stehender, gehender,

jedoch überwiegend sitzender Körperposition zu 70% zumutbar. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden und erhob am 16. Mai 2018 (act. II 83) Einwand, welchen sie mit Eingabe vom 12. Juni 2018 (act. II 86) begründete. Am 20. Juni 2018 (act. II 88) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt und wies das Leistungsbegehren ab.

C.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 21. August 2018 Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 20. Juni 2018 sei aufzuheben und ihr sei rückwirkend seit wann rechtens eine Invalidenrente in gesetzlicher Höhe zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zwecks Ergänzung der Abklärungen zurückzuweisen. Gleichzeitig ersucht sie um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung ihrer Rechtsvertreterin als amtliche Anwältin.

Am 7. September 2018 reichte die Beschwerdeführerin auf Ersuchen des Instruktionsrichters (vgl. prozessleitende Verfügung vom 23. August 2018) weitere Unterlagen betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein (vgl. Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4 f.).

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 21. September 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 16. Oktober 2018 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin B._____ als amtliche Anwältin für das vorliegende Verfahren gut.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt ist die Verfügung vom 20. Juni 2018 (act. II 88). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

2.2.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

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 strukturieren normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 428, BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). 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).

2.2.3 Nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1).

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

2.4 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).

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

2.6 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beur-

teilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHJ 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 15. Mai 2017 (act. II 52) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 11. Oktober 2006 (act. II 43) und der hier angefochtenen Verfügung vom 20. Juni 2018 (act. II 88) eine wesentliche Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad bzw. den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 11. Oktober 2006 (act. II 43) stützte sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf die orthopädische Begutachtung vom 24. Mai 2006 (act. II 38). Dabei diagnostizierte Dr. med. C. _____ ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei minimalen altersentsprechenden degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS), einen Verdacht auf eine lumbosacrale Übergangsstörung, Adipositas mit Verdacht auf muskuläre Dysbalance, einen Zustand nach Malleolarfraktur rechts mit minimalen Restbeschwerden und Schwellneigung sowie ein femoropatellares Schmerzsyndrom links bei Zustand nach Arthroskopie (act. II 38 S. 6). Aus den Akten folgt, dass im Jahre 2007 die Implantation einer linksseitigen Hüftprothese bei zugrundeliegender Coxarthrose durchgeführt wurde (act. II 68 S. 17, 83 ff.; 81.3 S. 54). Bedingt durch ein erlittenes Sturzereignis am 23. Februar 2014 kam es im Weiteren zu einer rechtsseitigen dislozierten und imprimierten Proc. anterior Calcaneus Fraktur nebst einer Avulsionsfraktur des Os naviculare. Nach zunächst osteosynthetischer Versorgung erfolgte bei fortschreitender posttraumatischer Arthrose im August 2016 die Arthrodese des Calcaneocuboidalgelenks (act. II 68 S. 56). Zudem wurde im August 2017 eine rechtsseitige Hüfttotalendoprothese bei rechtsseitiger Coxarthrose/Osteonekrose implantiert (act. II 70). Die radiologische Bildgebung im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Be-

gutachtung vom 13. März 2018 zeigte ferner eine fortgeschrittene rechtsseitige USG-Arthrose (act. II 81.3 S. 54; 81.5). Damit steht fest, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdegegnerin aus orthopädischer Sicht – im Vergleich zur Verfügung vom 11. Oktober 2006 (act. II 43) – offensichtlich verändert resp. verschlechtert hat, mithin ein Neuanmeldungsgrund vorliegt. Folglich hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu Recht in jeder Hinsicht frei geprüft (vgl. E. 2.6 hiervor).

3.3 Im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens fanden im Wesentlichen die folgenden medizinischen Dokumente Eingang in die Akten:

3.3.1 Der behandelnde Psychiater Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 8. Juli 2017 (act. II 65 S. 2) aus, die Patientin leide an einer bipolaren affektiven Störung sowie an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD). Es liege weiterhin eine klinisch relevante psychiatrische Vulnerabilität vor. Im Vordergrund stünden eine anhaltende traurige Verstimmung, ein Gefühl innerer Leere, Denk-, Konzentrations- und Schlafstörungen sowie eine subsyndromale PTSD Symptomatik. Eine längere affektiv-emotionale Stabilisierung habe nicht erreicht werden können. Psychotische Symptome wie Wahn, Halluzinationen oder akute Suizidalität seien nicht festgestellt worden. Seit April 2016 liege aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit um etwa 60-80% vor.

3.3.2 Am 31. August 2017 wurde der Beschwerdeführerin eine rechtsseitige Hüfttotalendoprothese bei rechtsseitiger Coxarthrose/Osteonekrose implantiert (act. II 70). Gemäss Austrittsbericht vom 4. September 2017 gestaltete sich der postoperative Verlauf insgesamt als komplikationslos. Vom 30. August bis zum 24. September 2017 wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

3.3.3 Die bidisziplinäre Expertise von Dr. med. D. _____ und Prof. Dr. med. E. _____ vom 10. April 2018 (act. II 81.1) basiert auf den Disziplinen Orthopädie und Psychiatrie. Unter Berücksichtigung dieser Fachgebiete stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 2):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit:

1. Chronisches lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom ohne Bewegungseinschränkung sowie ohne Radikulopathie (ICD-10 M54) bei:
 - Generalisierter Osteochondrose betont im Segment L5/S1 mit Begleitspondylose
 - Generalisierten hochgradigen Intervertebralarthrosen
 - Positivem Baastrup Phänomen
2. Bewegungseinschränkung des linken Hüftgelenks bei regelrecht einliegender Hüftprothese (ICD-10 T84) mit:
 - Beugedefizit von 30°
 - Aussenrotationsdefizit von 15°
 - Innenrotationsdefizit von 20°
3. Bewegungseinschränkung des rechten Hüftgelenks bei regelrecht einliegender Hüftprothese (ICD-10 T84.0) mit:
 - Beugedefizit von 30°
 - Aussenrotationsdefizit von 15°
 - Innenrotationsdefizit von 20°
4. Bewegungs- und Belastungseinschränkung der rechten Fusswurzel nach 2016 erfolgter Arthrodese des Calcaneocuboidalgelenkes (ICD-10 M25.6 und ICD-10 Z98.1)
5. Bewegungs- und Belastungseinschränkung des rechten unteren Sprunggelenkes bei fortgeschrittener Arthrose mit einer Chondropathie Grad Kellgren II-III (ICD-10 M19.07 und ICD-10 Z98.1)
6. Altersentsprechende medial betonte Gonarthrose beidseits mit einer Chondropathie Grad Kellgren I-II (ICD-10 M17.1)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit:

7. Senk- Spreizfuss beidseits (ICD-10 M21.4)
8. Knöchern in regelrechter Stellung ausgeheilte rechtsseitige Weber-C-Fraktur aus dem Jahre 2004, ggw. ohne Beschwerdevortrag sowie ohne Funktionseinschränkung
9. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol; Abhängigkeitssyndrom; ggw. ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F10.24)
10. Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika; Schädlicher Gebrauch (low-dose Benzodiazepinabhängigkeit)

Aus orthopädischer Sicht legte Dr. med. D. _____ dar, gestützt auf die klinischen und bildtechnischen Befunde sei die Explorandin in der biomechanischen Funktion ihrer LWS sowie bezogen auf die unteren Extremitäten in der biomechanischen Funktion ihrer beiden Hüft- und Kniegelenke, ihres rechten USG sowie ihrer rechten Fusswurzel limitiert mit einer daraus unweigerlich resultierenden Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit (act. II 81.3 S. 57). Sie habe zuletzt bis im Juni 2015 als Inhaberin einer ... an der ... sowie zum Teil im ... gearbeitet. Betreffend diese Tätigkeit liege eine Arbeitsfähigkeit von 50% vor (act. II 81.3 S. 60 Ziff. 1). In einer hüft-, knie-, sprunggelenk- und rückenadaptierten Tätigkeit mit intermittierender stehender, gehender, jedoch überwiegend sitzender Körper-

position bestehe bezogen auf ein volles Pensum eine quantitativ limitierte Arbeitsfähigkeit von 70%. Die Einschränkung von 30% ergebe sich aufgrund der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, der vermehrten Pausen sowie der reduzierten Arbeitsschnelligkeit (act. II 81.3 S. 60 Ziff. 2).

Aus psychiatrischer Sicht berichtete Prof. Dr. med. E. _____, im Vordergrund des psychiatrischen Störungsbildes stehe eindeutig eine Abhängigkeitsproblematik. Im Urindrogenscreening sei ETG positiv gewesen und die Haaranalyse habe einen chronischen Alkoholkonsum aufgezeigt. Zudem nehme die Patientin seit längerer Zeit täglich Benzodiazepine ein. Das Urindrogenscreening und der Blutbefund seien diesbezüglich positiv gewesen und in der Haaranalyse hätten sich Konzentrationen der Benzodiazepine Lexotanil und Zolpidem gezeigt. Das psychopathologische Störungsbild der Versicherten weise deutliche Überschneidungen mit der Suchtproblematik auf (act. II 81.2 S. 58). Eine längere Benzodiazepineinnahme führe langfristig zu einer affektiven Indifferenz mit dysphorischen Verstimmungszuständen, Vermeidung von neuen und belastenden Situationen, Appetitlosigkeit, deutlichen kognitiven Beeinträchtigungen mit Vergesslichkeit und einer psychischen Leistungsminderung. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der Substanzkonsum Auswirkungen auf die affektive Ebene der Versicherten habe. Die beschriebene depressive Symptomatik, die subjektiv empfundenen Konzentrationsstörungen, die Erschöpfungsproblematik könnten durch den Substanzkonsum mindestens teilweise erklärt werden. Es gebe keinen Anhalt dafür, dass der Substanzkonsum von Alkohol und Benzodiazepinen Folge einer anderen psychischen Störung oder der Schmerzen sei. Für eine PTSD ergäben sich psychopathologisch keine Hinweise. Die Versicherte weise keine Intrusionen, keine Flashbacks, kein Hyperarousal, kein Misstrauen, keine Abgestumpftheit auf. Sie habe kein Vermeidungsverhalten. Sie habe nach einer Vergewaltigung jahrelang im Beruf der ... gearbeitet, was die Diagnose einer PTSD völlig unplausibel mache. Auch liege keine Schmerzverarbeitungsstörung vor. Einerseits gebe die Versicherte an, auch schmerzfreie Episoden zu haben, was mit der Diagnose eines chronischen Schmerzes nicht kompatibel sei. Andererseits seien die beklagten subjektiven Beschwerden und die objektiven Befunde überwiegend nachvollziehbar. Für weitere psychische Störungen lägen

keine Hinweise vor, insbesondere ergebe sich kein Anhalt für eine bipolare Störung (act. II 81.2 S. 59). Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne folglich aktuell von keinem mittel- und langfristigen Gesundheitsschaden ausgegangen werden. Eine Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung sei therapeutisch notwendig und aus medizinischer Sicht der Versicherten zumutbar. Aktuell liege eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 40% bezogen auf ein Vollpensum vor. Dies aufgrund der mit den Folgen der Suchterkrankung einhergehenden Minderung der neurokognitiven Fähigkeiten und einer Belastbarkeitsverminderung in Folge der affektiven Labilität (act. II 81.2 S. 60).

Nach durchgeführter Konsensbesprechung hielten die Gutachter fest, aus bidisziplinärer orthopädisch-psychiatrischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit aus somatisch-orthopädischen Gründen limitiert. Daher sei der orthopädischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu folgen. Interdisziplinäre Interferenzen der Störungsbilder mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden nicht (act. II 81.1 S. 7).

3.3.4 Dr. med. G. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 14. Juni 2018 (act. II 85) Restbeschwerden im rechten Fuss. Als bisher letzte chirurgische Intervention sei bei posttraumatischer CC-Arthrose am 12. August 2016 am rechten Fuss die Freistellung des CC-Gelenkes durchgeführt worden. Global gesehen müsse eine Belastungseinschränkung des rechten Fusses längerfristig erwartet werden. Eine orthopädische Schuhversorgung, welche eine Schmerzlinderung bringen sollte, sei in die Wege geleitet worden. Bezüglich einer Arbeitswiedereingliederung sei eine Tätigkeit im sitzenden Bereich zu bevorzugen. Das Tragen von Lasten oder das ganztägige Umhergehen sollten vermieden werden und das Treppensteigen sei auf das Minimum zu reduzieren. Ebenfalls sollten Leitern nicht mehr bestiegen werden müssen. Unebener Boden werde Probleme bereiten, wobei das Gehen auf ebenem Boden einfacher sei.

3.3.5 Mit Bericht vom 6. Juni 2018 (act. II 86 S. 2) hielt Dr. med. F. _____ als Diagnose eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F31.3) und dazu komorbid eine

subsyndromale PTSD (ICD-10 F43.8) fest. Im Weiteren bestätigte er seine Angaben vom 8. Juli 2017 (act. II 65 S. 2).

3.4 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 (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).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 20. Juni 2018 (act. II 88) massgeblich auf die bidisziplinäre Begutachtung von Dr. med. D._____ und Prof. Dr. med. E._____ (act. II 81.1 ff.) gestützt. Diese erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihr volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in den ärztlichen Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Insbesondere diskutierten sie auch IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen zu anderen Arztberichten. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen

Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Auf das bidisziplinäre Gutachten ist somit abzustellen.

Der Einwand in der Beschwerde betreffend den Beweiswert der bidisziplinären Begutachtung vermag daran nichts zu ändern. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, die Beschwerdegegnerin habe ungenügende Abklärungen gemacht, namentlich von den behandelnden Ärzten keine Verlaufsberichte eingeholt (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 2), ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der Neuanmeldung die Beschwerdegegnerin umfassend mit medizinischen Berichten über ihren Gesundheitszustand bis und mit der Ende August 2017 durchgeführten rechtsseitigen Hüftoperation dokumentierte (act. II 68 und 70). Im Vorfeld der bidisziplinären Begutachtung erfolgten sodann weitere Abklärungen zum Alkohol- und Benzodiazepinkonsum sowie bildgebende Untersuchungen (act. II 81.4 f.). Anlässlich der orthopädischen Begutachtung vom 13. März 2018 gab die Beschwerdeführerin auf Nachfrage des Gutachters, wann sie zuletzt einen Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie, Traumatologie oder Neurochirurgie konsultiert habe, zur Antwort, sich zuletzt im Januar 2018 zur Nachkontrolle der im August 2017 implantierten rechtsseitigen Hüftprothese beim Orthopäden vorgestellt zu haben (act. II 81.3 S. 25). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich gemäss Austrittsbericht vom 4. September 2017 (act. II 70 S. 2) der postoperative Verlauf insgesamt komplikationslos gestaltete und einzig vom 30. August bis zum 24. September 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Da mit der Nachkontrolle für den behandelnden Arzt offensichtlich der Fallabschluss erfolgte und die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. D. _____ angegeben hat, sie habe von der prothetischen Versorgung ihrer Hüftgelenke deutlich profitiert (act. II 81.3 S. 13), durfte die Beschwerdegegnerin mit gutem Grund auf die Einholung weiterer Verlaufsberichte des behandelnden Arztes verzichten. Gleiches gilt mit Blick auf die im August 2016 erfolgte Versteifung am rechten Fuss, berichtete die Beschwerdeführerin doch auch diesbezüglich, die Operation sei erfolgreich verlaufen und sie sei seither im Bereich der rechten Fusswurzel nahezu beschwerdefrei (act. II 81.3 S. 14 und 61). Kommt hinzu, dass der noch vor Verfügungserlass eingereichte Bericht von Dr. med. G. _____ vom 14. Juni 2018 (act. II 58) mit

der Beurteilung von Dr. med. D._____, namentlich mit dessen Angaben zum Befund und den Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, in Einklang steht. Ebenso erweist sich die medizinische Aktenlage aus psychiatrischer Sicht als aktuell. So lagen im Zeitpunkt des Verfügungserlasses neben dem psychiatrischen Fachgutachten (act. II 81.2) auch die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. F._____ vom 8. Juli 2017 (act. II 65 S. 2) und vom 6. Juni 2018 (act. II 86 S. 2) vor. Die Rüge der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe ungenügende Abklärungen gemacht, erweist sich demnach als unbegründet.

3.5.1 In somatischer Hinsicht hat Dr. med. D._____ nachvollziehbar und differenziert dargelegt, dass die Explorandin in der biomechanischen Funktion ihrer LWS, der beiden Hüft- und Kniegelenke, des rechten USG sowie des rechten Fusses eingeschränkt ist und sich dies auf die Steh- und Gehfähigkeit auswirkt (act. II 81.3 S. 57). Insoweit überzeugt, dass eine angepasste Tätigkeit überwiegend sitzend auszuführen ist (act. II 81.3 S. 60). Dies steht denn auch im Einklang mit den Ausführungen von Dr. med. G._____ vom 14. Juni 2018 (act. II 85 S. 1) betreffend die Fussproblematik und korreliert mit den Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Begutachtung, wonach sie an belastungsabhängigen Schmerzen leidet und in sitzender Körperposition sowohl bezüglich der LWS als auch der Kniegelenke beschwerdefrei ist (act. II 81.3 S. 14 ff.). Verständlich und schlüssig sind im Weiteren die vom Gutachter attestierten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Vorab leuchtet ein, dass die Beschwerdeführerin ihre bisherige Arbeit als ... nicht überwiegend im Sitzen zu verrichten vermag, weshalb diesbezüglich eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und damit eine höhere Einschränkung resultiert als in einer angepassten Tätigkeit (act. II 81.3 S. 60 Ziff. 1). In einer hüft-, knie-, sprunggelenk- und rückenadaptierten Tätigkeit attestierte Dr. med. D._____ eine 30%ige Einschränkung und begründete diese unter Berücksichtigung der Angaben der Beschwerdeführerin, wonach sie bis zu 30 Minuten beschwerdearm sitzen könne und danach versuche, Ausgleichsbewegungen durchzuführen (act. II 81.3 S. 14 und 16), einleuchtend mit der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, mit vermehrten Pausen sowie mit der reduzierten Arbeitsschnelligkeit (act. II 81.3 S. 60 Ziff. 2). Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, in Bezug auf die

somatischen Leiden sei die neue Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 anzuwenden und ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen (vgl. Beschwerde S. 7 f. Ziff. 4.4), kann ihr nicht gefolgt werden, sind doch nicht auch die somatisch begründbaren Beschwerden, sondern einzig sämtliche psychischen Erkrankungen dem indikatorengeleiteten Beweisverfahren zu unterziehen (vgl. E. 2.2.2 hiervor). So legte Prof. Dr. med. E. _____ im psychiatrischen Gutachten gestützt auf die Feststellungen im somatischen Teilgutachten (vgl. u.a. act. II 81.3 S. 27, 30 und 56 Ziff. 2) denn auch nachvollziehbar dar, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten subjektiven Beschwerden aufgrund der objektiven Befunde überwiegend nachvollziehbar sind, weshalb die psychiatrische Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung nicht zu stellen ist (act. II 81.2 S. 59). Im interdisziplinären Konsens wurden diesbezüglich denn auch einzig M-Diagnosen (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes) genannt (act. II 81.1 S. 2). Es ist daher nicht einzusehen, inwiefern die Beschwerdeführerin wegen ihrer somatischen Schmerzen an einem unter die Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 fallenden Krankheitsbild leiden soll.

3.5.2 Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte Prof. Dr. med. E. _____ keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 81.2 S. 61). Schlüssig und überzeugend hielt er fest, dass im Vordergrund des psychiatrischen Störungsbildes eine Suchtproblematik steht (act. II 81.2 S. 60). Die Diagnose der Alkohol- und Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F10.24 und F13.1) erweist sich nicht nur aufgrund der medizinischen Vorakten (act. II 68 S. 35, 46 f., 53 ff.), sondern auch aufgrund der von Prof. Dr. med. E. _____ veranlassten Haaranalyse (act. II 81.4) sowie den von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben zur Suchtanamnese (act. II 81.2 S. 42 f.) als wohlbegründet. Den Kummer, welchen die Beschwerdeführerin mit dem Alkohol erstickt haben will (act. II 81.2 S. 42), wurde entgegen der Darstellung in der Beschwerde (vgl. S. 10 f. Ziff. 6.5) nicht durch eine Krankheit, sondern – wie die Beschwerdeführerin während der psychiatrischen Begutachtung selber ausgeführt hat (vgl. act. II 81.2 S. 41) – insbesondere durch wirtschaftliche und finanzielle Schwierigkeiten ausgelöst. Damit übereinstimmend hielt auch Prof. Dr. med. E. _____ fest, es bestehe kein Anhalt dafür, dass der Substanzkonsum Folge einer psychischen Störung oder der Schmerzen sei (act. II 81.2 S. 60 und ergänzend E.

2.2.3 hiavor). Im Weiteren legte der begutachtende Psychiater überzeugend dar, dass die Suchtmittelabhängigkeit der Beschwerdeführerin Auswirkungen auf der affektiven Ebene zeigt (act. II 81.2 S. 59), weshalb sich eine Entzugs- und Entwöhnungstherapie – wie bereits früher festgestellt wurde (vgl. act. II 68 S. 37 und 46) – als therapeutisch notwendig erweist und der Beschwerdeführerin auch zumutbar ist (act. II 81.2 S. 60). Die Frage der Zumutbarkeit einer solchen Behandlung ist entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 11 Ziff. 6.6) aus rein medizinischer Sicht und nicht aufgrund der Standardindikatoren zu beurteilen.

Daran vermögen die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters nichts zu ändern. Bezüglich der von Dr. med. F._____ gestellten Diagnosen einer bipolaren affektiven Störung (ICD-10 F31.3) und einer subsyndromalen PTSD (ICD-10 F43.8; act. II 65 S. 2 und 86 S. 2) begründete Prof. Dr. med. E._____ nachvollziehbar, weshalb diese Diagnosen nicht zu stellen sind. Insbesondere hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin keine Intrusionen, keine Flashbacks, kein Hyperarousal, kein Misstrauen, keine Abgestumpftheit aufweist, kein Vermeidungsverhalten zeigt und nach einer Vergewaltigung jahrelang im Beruf der ... gearbeitet hat (act. II 81.2 S. 59). Aufgrund dieser psychopathologischen Befunde, welche namentlich auch nicht auf eine Störung der Ich-Strukturen schliessen lassen (act. II 81.2 S. 46 f.), vermögen die von Dr. med. F._____ gestellten Diagnosen nicht zu überzeugen (act. II 81.2 S. 57). Ferner berichtete die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung weder von Zwängen noch von Ängsten oder von Panikattacken (act. II S. 46), womit auch diesbezüglich keine psychiatrischen Diagnosen zu stellen sind.

3.5.3 Aus dem Dargelegten folgt, dass gestützt auf die bidisziplinäre Exploration von Dr. med. D._____ und Prof. Dr. med. E._____ der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit bezogen auf ein volles Pensum eine quantitativ limitierte Arbeitsfähigkeit von 70% zumutbar ist (act. II 81.1 S. 6 f.).

3.6 Der Sachverhalt ist gestützt auf das beweiskräftige bidisziplinäre Gutachten (act. II 81.1 ff.) hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 12 Ziff. 8) – auf weitere Beweiserhebungen

zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

4. Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleich zu bestimmen (vgl. E. 2.4 hiavor).

4.1 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; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). 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 BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurch-

schnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.3 Beim Valideneinkommen hat sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die LSE 2014, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen, gestützt (act. II 88 S. 1), hat doch die Beschwerdeführerin die von ihr als Inhaberin geführte ... aus invaliditätsfremden Gründen schliessen müssen (vgl. act. II 81.2 S. 41). Das Invalideneinkommen ist mit Blick auf das ärztlich attestierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. act. II 81.1 S. 6) und den Umstand, dass die Beschwerdeführerin keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, aufgrund desselben Tabellenlohns zu ermitteln. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung; diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit – hier 30% – vorbehältlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheid BGer vom 30. Juli 2012, 8C_365/2012, E. 7 mit Hinweis). Da vorliegend beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen beruhen, wären invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahr, Nationalität/Aufenthaltskategorie ect.) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Weitere Ausführungen zu den diesbezüglichen Vorbringen in der Beschwerde (vgl. S. 13) erübrigen sich daher. Ferner wurde sämtlichen behinderungsbedingten Einschränkungen bereits mit der reduzierten Arbeitsfähigkeit genügend Rechnung getragen, so dass diese – entsprechend den Ausführungen der Beschwerdegegnerin (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 f. Ziff. 6) – nicht doppelt und zusätzlich mittels eines leidensbedingten Abzuges zu berücksichtigen sind (vgl. u.a. Entscheidung des BGer vom 22. September 2010, 8C_652/2010, E. 5.2.2 und vom

7. März 2014, 9C_841/2013, E. 4.6). Damit resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30%.

4.4 Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 20. Juni 2018 (act. II 88) als rechtmässig und die angefochtene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Mit Verfügung vom 16. Oktober 2018 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin B. _____ als amtliche Anwältin gut.

5.2 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 werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). 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).

5.3 Infolge Unterliegens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin B. _____ als amtliche Anwältin bleibt deren amtliches Honorar festzulegen.

5.3.1 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.--.

5.3.2 Mit Kostennote vom 22. Oktober 2018 macht Rechtsanwältin B._____ einen Aufwand von 11 Stunden geltend, was unter dem Aspekt der Gebotenheit nicht zu beanstanden ist. Gestützt darauf ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf insgesamt Fr. 3'246.50 festzusetzen (Honorar: Fr. 2'970.--; Auslagen: Fr. 44.40; MWSt. 7.7% auf Fr. 3'014.40: Fr. 232.10). Davon ist Rechtsanwältin B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 2'200.-- (11 Stunden x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 44.40 und MWSt. von Fr. 172.80 (7.7% auf Fr. 2'244.40), total somit eine Entschädigung von Fr. 2'417.20, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

5.4 Die Beschwerdegegnerin hat – trotz ihres Obsiegens – keinen Anspruch auf einen Parteikostenersatz (Art. 104 Abs. 3 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 tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'246.50 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'417.20 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B._____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - 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.