

200 18 607 IV  
SCJ/SAW/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 22. März 2019**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Baumann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. Juli 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1969 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 25. Februar 2011 unter Hinweis auf ein neuropsychiatrisches Leiden bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 7). Die IVB holte erwerbliche und medizinische Unterlagen ein, wobei sie die Versicherte insbesondere durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten liess (vgl. Expertise vom 5. März 2012, act. II 44.1). Nachdem gestützt auf eine Aufforderung zur Schadenminderung (act. II 45) ein teilstationärer Klinikaufenthalt in der Klinik D. \_\_\_\_\_ (act. II 51 S. 2, 60 S. 2) durchgeführt worden war und die IVB weitere medizinische Berichte (vgl. act. II 61, 76, 78 S. 2) eingeholt hatte, veranlasste sie bei Dr. med. C. \_\_\_\_\_ eine Verlaufsbeurteilung (vgl. Expertise vom 14. Januar 2015, act. II 80.1) und holte einen Abklärungsbericht Haushalt vom 21. Mai 2015 (act. II 84) ein. In der Folge unterzog sich die Versicherte auf Aufforderungen der IVB hin (act. II 86, 99) weiteren stationären und teilstationären Behandlungen zur vollständigen Koffeinentwöhnung (vgl. Berichte der psychiatrischen Dienste E. \_\_\_\_\_ vom 2. September 2015, act. II 95 S. 2, vom 19. November 2015, act. II 106 S. 2, und vom 27. Januar 2016, act. II 108). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 110 f., 113) verfügte die IVB am 2. Juni 2016 mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsbegehrens (act. II 114). Diese Verfügung wurde mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juni 2017, IV/2016/618 (act. II 126), aufgehoben und die Sache wurde zur weiteren Sachverhaltsabklärung zurückgewiesen. Die IVB holte daraufhin einen Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. August 2017 (act. II 130) ein und stellte ihm im September 2017 Ergänzungsfragen (vgl. Bericht vom 7. Oktober 2017, act. II 135 S. 2). Zudem liess sie die Versicherte nochmals durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ begutachten (vgl. Gutachten vom 27. Februar 2018, act. II 146.1). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 147, 150) verfügte die IVB am 26. Juli 2018 man-

gels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens (act. II 152).

## **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 3. September 2018 Beschwerde. Sie beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 26. Juli 2018 und die Zusprache einer Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 100%. Gleichzeitig ersucht sie um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung ihres Rechtsvertreters als amtlicher Anwalt.

Am 11. September 2018 gab die Beschwerdeführerin einen weiteren medizinischen Bericht zu den Akten (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3) und mit Eingabe vom 17. September 2018 reichte sie weitere Unterlagen zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA] 1 f.).

Mit Beschwerdeantwort vom 25. September 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

## **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 Anträ-

gen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 26. Juli 2018 (act. II 152). Streitig 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.**

**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). 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 Gesundheitsbeeinträchti-

gung 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).

**2.2.1** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.2.2** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294

E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

**2.2.3** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**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 bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 144 I 21 E. 2.1 S. 23, 142 V 290 E. 4 S. 293).

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

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a

Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

**2.6** 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** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. C. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 5. März 2012 (act. II 44.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine fehlende kulturelle Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3, S. 17 Ziff. 4) auf. Die bisherige Tätigkeit als ... sei seit Oktober 2010 nur sehr reduziert ausführbar, vielleicht ein oder zwei Stunden täglich (S. 18 f. Ziff. 2 und 6). In einer anderen Tätigkeit könnten die verbleibenden Fähigkeiten nicht besser verwertet werden (S. 19 Ziff. 10).

Im Verlaufsgutachten vom 14. Januar 2015 (act. II 80.1) hielt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), eine Panikstörung bzw. eine episodisch paroxysmale Angst (ICD-10 F41.0) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulantien, einschliesslich Koffein (schädlicher Gebrauch von Kaffee und vor allem Red Bull, ICD-10 F15.1) fest (S. 26 Ziff. 4). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2), eine fehlende kulturelle Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3), Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände

(ICD-10 Z60.0), Alleinleben (ICD-10 Z60.2), schwerwiegende Probleme und Auseinandersetzungen mit dem Sohn sowie Rauchen (ICD-10 Z72.0; S. 26 Ziff. 4). Es sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Diese Einschätzung gelte ab November 2014 (S. 27 f. Ziff. 2, 6 und 10). Die Beeinträchtigungen liessen sich durch medizinische Massnahmen vermindern. Insbesondere seien die Einnahme der verordneten Medikation und eine Koffeinabstinenz unabdingbar (S. 28 Ziff. 8).

**3.1.2** Der behandelnde Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 26. August 2017 (act. II 130 S. 2) diagnostisch eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) auf und attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 f. Ziff. 3 und 11).

Mit Bericht vom 7. Oktober 2017 (act. II 135 S. 2) bestätigte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ seine gestellten Diagnosen und führte ergänzend aus, die Patientin befinde sich in einem ängstlich-depressiven Zustand. Sie leide unter einem Stimmungstief mit Verminderung der Energie und des Interesses. Sie habe grosse Probleme mit der Konzentration und der Aufmerksamkeit. Die Patientin habe sehr oft Panikattacken und es bestehe eine soziale Isolation.

**3.1.3** Im psychiatrischen Gutachten vom 27. Februar 2018 (act. II 146.1) legte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ dar, aufgrund seit geraumer Zeit nicht mehr vorhandener und nicht mehr berichteter Heisshungeranfälle – auch ein induziertes Erbrechen sei nicht mehr erwähnt worden – könne nicht mehr von einer Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2) ausgegangen werden. Zudem sei seit der letzten psychiatrischen Hospitalisation kein vermehrter Kaffeekonsum mehr aufgetreten und der Red Bull-Konsum sei sistiert worden. Die Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulantien, einschliesslich Koffein (ICD-10 F15.1), könne daher ebenfalls fallen gelassen werden. Ansonsten sei im Vergleich zu den beiden ersten Begutachtungen keine relevante Veränderung zu beschreiben. Aufgrund der Akten (Angaben des behandelnden Psychiaters, der Beschwerdeführerin und der fremdanamnestischen Angaben der Schwester und des Schwagers), welche allesamt über wiederkehrende und plötzlich auftretende Angst- und

Panikereignisse mit Symptomen wie Schwitzen, Schwindel, Herzrasen, Brustschmerzen, Verlust des Körpergefühls, verbunden mit Ohnmachtsgefühlen berichteten, liege mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nach wie vor eine anhaltende Panikstörung bzw. eine episodisch paroxysmale Angst (ICD-10 F41.0) vor. Die Versicherte schildere zudem eine anhaltende und generalisierte Angst mit Gefühlen der Verunsicherung, der Angespanntheit sowie der Sorge um ihre Umgebung und sie habe Ängste bei gewissen Wetterlagen, vor Geräuschen, vor dem Donner usw. Im Kontext dieser Angstpalette sei von Schlafstörungen, psychovegetativen Beschwerden wie Kopf- und Magenschmerzen, Atemnot oder Schwindel und von einem Vermeidungsverhalten auszugehen, weshalb nach wie vor die Diagnose einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) zu stellen sei (S. 23 f.). Hinweise auf eine manifeste, klassische depressive Störung ergäben sich aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde – entgegen der Auffassung des behandelnden Psychiaters – weiterhin nicht. Insbesondere habe keine relevante Antriebsstörung eruiert werden können. Es seien jedoch durchaus sonstige depressive Episoden bzw. eine larvierte Depression (ICD-10 F32.8) zu diagnostizieren, dies obwohl deren somatischen Symptome bereits im Rahmen der generalisierten Angststörung berücksichtigt worden seien (S. 25). Im Vergleich zu den Voruntersuchungen habe sich in der aktuellen Untersuchung eine deutlicher dramatisierende wie auch histrionisch anmutende Versicherte gezeigt. Dies könne im Rahmen eines Aggravationsverhaltens verstanden werden, umgekehrt aber auch im Sinne einer Persönlichkeitsakzentuierung, zumal ihr diese bei ihren Angehörigen einen weiteren Krankheitsgewinn verschaffen dürfte. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien daher akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen (ICD-10 Z73.1) aufzuführen. Zudem lägen eine fehlende kulturelle Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3), Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10 Z60.0), Alleinleben (ICD-10 Z60.2), Ablösungsprobleme vom Sohn und ein Nikotinabusus (ICD-10 Z72.0) vor (S. 26 f.). Nach wie vor sei bezüglich der bisherigen Arbeitstätigkeit als ... wie auch für alle anderen Tätigkeiten von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 28).

**3.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen 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).

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).

### **3.3**

**3.3.1** In den Gutachten vom 5. März 2012 (act. II 44.1), vom 14. Januar 2015 (act. II 80.1) und vom 27. Februar 2018 (act. II 146.1) hat sich Dr. med. C. \_\_\_\_\_ sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf seine eigenen Untersuchungen getroffen. Insbesondere setzte er sich umfassend mit den Berichten der psychiatrischen Kliniken, in welchen die Beschwerdeführerin stationär behandelt wurde, auseinander und diskutierte Diskrepanzen zu den Berichten des behandelnden Psychiaters. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Die drei Gutachten sind in sich schlüssig und schildern einen weitgehend unveränderten Gesundheitszustand. Auf die Befundlage und Diagnostik von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ kann somit abgestellt werden.

**3.3.2** Dr. med. C.\_\_\_\_\_ legte im Gutachten vom 5. März 2012 unter Beizug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.) schlüssig und nachvollziehbar dar, dass die Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) leidet (act. II 44.1 S. 13 f.). Diese Diagnose bestätigte er mit den Gutachten vom 14. Januar 2015 (act. II 80.1 S. 22) und vom 27. Februar 2018 (act. II 146.1 S. 24). Zudem führte er in diesen überzeugend aus, dass ab November 2014 auch die Diagnose einer anhaltenden Panikstörung bzw. einer episodischen paroxysmalen Angst (ICD-10 F41.0) zu stellen ist (act. II 80.1 S. 22 und 146.1 S. 24). Im Gutachten vom 27. Februar 2018 erläuterte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ sodann plausibel, weshalb die noch im Gutachten vom 14. Januar 2015 genannte Diagnose der psychischen und Verhaltensstörungen durch andere Stimulantien (ICD-10 F15.1) mittlerweile nicht mehr vorliegt und dass sich diese rückblickend gesehen auch nicht entscheidend auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hat (act. II 146.1 S. 23 f.). Im Weiteren begründete er – entgegen der Auffassung des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (vgl. Berichte vom 26. August 2017, act. II 130 S. 2, und vom 7. Oktober 2017, act. II 135 S. 2) – differenziert und verständlich, dass sich keine Hinweise auf eine manifeste, klassische depressive Störung ergaben, mithin keine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) vorliegt, indessen von sonstigen depressiven Episoden bzw. von einer larvierten Depression (ICD-10 F32.8) auszugehen ist (act. II 146.1 S. 25).

Zu klären bleibt die Bedeutung der von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ postulierten Arbeitsfähigkeit von ein bis zwei Stunden für die Zeit ab Oktober 2010 und der vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit ab November 2014 (act. II 44.1 S. 18 f. Ziff. 4 und 6, 80.1 S. 27 f. Ziff. 2, 6 und 10, 146.1 S. 28).

**3.3.3** Entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist die Massgeblichkeit der in den psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ attestierten Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Indikatorenprüfung zu validieren (vgl. E. 2.2.3 hiavor). Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, es sei von einem strukturierten Beweisverfahren abzusehen, da mit der Panikstörung ein Störungsbild vorliege, welches sich bezüglich Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen

lasse (vgl. Beschwerde S. 9 f.; BGE 141 V 418 E. 7.1 S. 429), kann ihr bereits deshalb nicht gefolgt werden, weil im vorliegenden Fall auch weitere Krankheitsbilder vorliegen, welche einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen sind.

Zunächst ist zu klären, ob ein Ausschlussgrund im Sinne von Aggravation oder ähnlichen Erscheinungen vorliegt (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Im Gutachten vom 27. Februar 2018 legte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ dar, er habe im Vergleich zu den beiden Voruntersuchungen eine deutlicher dramatisierende wie auch histrionisch anmutende Versicherte vorgefunden. Dies könne im Rahmen eines Aggravationsverhaltens verstanden werden, umgekehrt aber auch im Sinne einer Persönlichkeitsakzentuierung, was ihr einen Krankheitsgewinn verschaffe (act. II 146.1 S. 26). Gestützt darauf diagnostizierte er ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen (ICD-10 Z73.1) und schloss Aggravation und ähnliche Erscheinungen in relevanter Form explizit aus (act. II 146.1 S. 30 Ziff. 4). Dass die Grenzen eines verdeutlichenden Verhaltens überschritten worden wären, ist dem Gutachten nicht zu entnehmen. Damit liegt kein Ausschlussgrund vor, womit die funktionellen Auswirkungen des psychischen Gesundheitszustandes anhand der Standardindikatoren zu prüfen sind.

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298). Hier ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter eine anhaltende und generalisierte Angst mit Gefühlen der Verunsicherung, der Angespanntheit und der Sorge um ihre Umgebung (Sohn) schilderte und Ängste bei gewissen Wetterlagen, vor Geräuschen usw. äusserte. Im Kontext dieser Angstpalette ist gemäss dem Gutachter weiter von Schlafstörungen, psychovegetativen Beschwerden wie Kopf- und Magenschmerzen, Atemnot oder Schwindel und von einem Vermeidungsverhalten auszugehen (act. II 146.1 S. 24). Diese Befundlage umfasst praktisch sämtliche Grundkriterien einer generalisierten Angststörung gemäss ICD-10 F41.1 (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015,

S. 198 f.). Aufgrund der Aktenlage, welche wiederkehrende und plötzlich auftretende Angst- und Panikereignisse mit Symptomen wie Schwitzen, Schwindel, Herzrasen, Brustschmerzen sowie Verlust des Körpergefühls, verbunden mit Ohnmachtsgefühlen zeigt, liegen auch die Grundkriterien einer anhaltenden Panikstörung bzw. einer episodischen paroxysmalen Angst gemäss ICD-10 F41.0 vor (vgl. DILLING et al., a.a.O., S. 196 ff.; act. II 146.1 S. 24). Unter Beizug des Mini-ICF ergaben sich zudem weitere erhebliche Einschränkungen im Bereich der Flexibilität- und Umstellfähigkeit, der Gruppen- oder Teamfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu anderen Menschen, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Durchsetzungsfähigkeit, der Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen, der Planungs- und Strukturierungsfähigkeit von Aufgaben sowie der Verkehrsfähigkeit (act. II 146.1 S. 28). Sodann wies Dr. med. C.\_\_\_\_\_ auch auf die kognitiven Einschränkungen der Beschwerdeführerin (Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis) hin und beschrieb im Weiteren eine Angetriebenheit, eine ausgesprochene innere und äussere Unruhe, eine Redseligkeit mit Sprunghaftigkeit und Agitiertheit sowie sozial-phobische Momente. Gestützt auf diese Befundlage schloss Dr. med. C.\_\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit in der freien Marktwirtschaft aus (act. II 146.1 S. 28). Es ist somit von einer schweren und deutlichen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) auszugehen. Daran ändert nichts, dass bei der Beschwerdeführerin auch verschiedene psychosoziale Faktoren (Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände [ICD-10 Z60.0], Alleinleben [ICD-10 Z60.2], Ablösungsprobleme vom Sohn) vorliegen, hat doch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ diese bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausgeklammert (act. II 146.1 S. 26 f.). Zudem liegen offensichtlich verselbständigte psychische Störungen vor, die ihre Erklärung nicht in psychosozialen Umständen finden und gleichsam in ihnen aufgehen (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299).

Betreffend Behandlungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem Jahre 2010 durchgehend in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. F.\_\_\_\_\_ befindet (act. II 13 S. 2 Ziff. 1.2), wobei allerdings eine relativ geringe Therapiefrequenz (Therapie zweimal im Monat für 30 Minuten, act. II 135 S. 2, 146.1 S. 15) vorliegt. Die letzte Blutspiegelmessung liess auf eine knapp

tolerable Compliance schliessen (act. II 146.1 S. 29). Die Aufforderung der Beschwerdegegnerin, den Koffeinkonsum zu sistieren (vgl. Aufforderung zur Mitwirkung vom 18. September 2015, act. II 99), hat die Beschwerdeführerin befolgt (act. II 146.1 S. 23). Trotz der Suchtabstinenz veränderte sich das Zustandsbild im Kontext der beiden Angststörungen nicht in relevanter Art (act. II 146.1 S. 24 und 29). Die von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vorgeschlagene Therapie mit einem Stimmungsmodulator und/oder einer anxiolytischen Medikation in Form von Pregabalin zur Aufhellung der kognitiven Einschränkungen, der Angstbefunde, der Unruhe und der Agitiertheit wurde nicht gestartet. Indessen geht Dr. med. C. \_\_\_\_\_ mittlerweile davon aus, dass aufgrund des langen und chronifizierten Verlaufs auch unter einer Behandlungsoptimierung bloss eine reservierte Prognose vorliegt, mithin bezweifelt er, ob die Beschwerdeführerin – auch bei teilweiser Aufhellung der Angstsymptomatik – je wieder in der Lage sein wird, eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen (act. II 146.1 S. 29). Diese Tatsachen sprechen für das Vorliegen einer schweren und zumindest bis zum heutigen Zeitpunkt therapeutisch hinreichend behandelten psychischen Störung und weisen auf eine gewisse Behandlungsresistenz hin. Somatische Beeinträchtigungen sind nicht aktenkundig und werden auch nicht geltend gemacht (vgl. Beschwerde). Dr. med. C. \_\_\_\_\_ geht jedoch zusätzlich von sonstigen depressiven Episoden bzw. von einer larvierten Depression (ICD-10 F32.8) aus, was als psychiatrische Komorbidität zu gelten hat und die Ressourcen der Beschwerdeführerin negativ beeinflusst (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.).

Unter dem Komplex der Persönlichkeit ist auszuführen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60) ausgeschlossen werden konnte, aber der Gutachter doch akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen (ICD-10 Z73.1) diagnostizierte (act. II 146.1 S. 26). Damit liegt eine auffällige, eher ressourcenraubende Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin vor (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302).

Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass die Beschwerdeführerin ein sehr zurückgezogenes Leben führt (act. II 146.1 S. 11 f.). Ihre einzigen sozialen Kontakte beschränken sich auf ihre beiden

Schwestern, ihren Sohn sowie eine Nachbarin bzw. Freundin. Die Beschwerdeführerin lebt alleine und ist von ihrem früheren Ehemann getrennt. Sie wohnt im gleichen Haus wie ihre Schwestern, beide in getrennten Wohnungen. Ihr Sohn ist ausgezogen und lebt bei der jüngeren Schwester (act. II 146.1 S. 13). Gemäss der Anamnese ist die Beschwerdeführerin gerne zu Hause, umgekehrt hält sie aber das Alleinsein kaum aus (act. II 146.1 S. 12). Ihr Tagesablauf weist keine Struktur auf und beinhaltet kaum ausserhäusliche Aktivitäten. Gemäss der Beschwerdeführerin kann sie, wenn es ihr gut geht und bei gutem Wetter, in der benachbarten ... kurz etwas einkaufen, nach rund zehn Minuten sei sie jedoch wieder zu Hause, da alles sehr schnell gehen müsse. Für die Besorgung des Haushaltes nimmt sie die Hilfe der Familie und einer Nachbarin in Anspruch. Ein Hobby wird nicht erwähnt (act. II 146.1 S. 16). Gemäss Dr. med. C. \_\_\_\_\_ sind die sozialen, psychosozialen und kulturellen Belastungen einschränkend (act. II 146.1 S. 32 Ziff. 4). Relevante Ressourcen dürften angesichts der fehlenden kulturellen Eingewöhnung und der weiteren gravierenden psychosozialen Faktoren nicht vorliegen (act. II 146.1 S. 31 Ziff. 8). Dass bei der Beschwerdeführerin ein gewisser Krankheitsgewinn vorliegt, indem sie sich wegen ihres angstbetonten regressiven Zustandsbildes von ihrer Familie bedienen lässt (act. II 146.1 S. 26), ist offensichtlich, ändert aber nichts daran, dass der Alltag ihr keine wesentlichen mobilisierbaren Ressourcen verschafft.

Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist schliesslich festzuhalten, dass gemäss Dr. med. C. \_\_\_\_\_ der von der Beschwerdeführerin berichtete Tagesablauf in Kongruenz zu den Befunden im Kontext der gestellten Diagnosen steht und keine relevanten Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten in der Untersuchungssituation auszumachen waren (act. II 146.1 S. 34 Ziff. 1 f.). Die von der Beschwerdeführerin beklagten Einschränkungen (vgl. act. II 146.1 S. 11 f.) sind in sämtlichen Lebensbereichen in gleicher Weise vorhanden. Es gibt keine Tätigkeiten wie Auslandsreisen, Autofahren oder sonstige ausserhäusliche Aktivitäten, welche sich mit der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Unmöglichkeit einer Erwerbstätigkeit nicht vereinbaren lassen würden. Der ebenfalls zur Kategorie Konsistenz gehörende Indikator „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch aus-

gewiesener Leidensdruck“ (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) zeigt, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren therapeutische Optionen in Anspruch nimmt und in der Vergangenheit mehrfach hospitalisiert wurde. Obwohl die vom Gutachter empfohlene Behandlung mit einem Stimmungsmodulator und/oder einer anxiolytischen Medikation nicht vollständig umgesetzt worden ist, gilt es zu beachten, dass mittlerweile ein chronifizierter Zustand vorliegt und der Gutachter bezweifelt, ob die Beschwerdeführerin – auch bei einer Aufhellung der Angstsymptomatik – je wieder in der Lage sein wird, eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen (act. II 146.1 S. 29). Damit fällt unter dem Gesichtspunkt des Leidensdrucks für die Beurteilung der Sachlage bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung nicht entscheidend ins Gewicht, dass die Beschwerdeführerin bislang nicht sämtliche Therapieoptionen vollständig ausgeschöpft hat und sie aus ihrem Leiden einen erheblichen Krankheitsgewinn erzielt (act. II 146.1 S. 26).

**3.3.4** Im Rahmen einer umfassenden Gesamtbetrachtung der massgebenden Indikatoren besteht gestützt auf das Dargelegte kein Anlass, von der Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ abzuweichen. Bezüglich der beiden diagnostizierten Angststörungen sind sowohl gesundheitliche Beeinträchtigungen von erheblichem Schweregrad als auch deren funktionelle Auswirkungen objektiv und kohärent nachgewiesen. Die von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit kann somit auch aus rechtlicher Sicht übernommen werden. Dementsprechend ist seit Oktober 2010 von einer Arbeitsfähigkeit von ein bis zwei Stunden täglich und seit November 2014 von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Der Sachverhalt ist hinreichend erstellt, weshalb sich weitere Beweiserhebungen erübrigen (vgl. Beschwerde S. 17 f. Ziff. 11).

#### **4.**

**4.1** Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG). Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig Erwerbstätige oder

als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 125 V 146 E. 2c S. 150). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 508; SVR 2017 IV Nr. 30 S. 86 E. 4.1).

**4.2** Im Abklärungsbericht Haushalt vom 21. Mai 2015 (act. II 84) wurde die Beschwerdeführerin als Teilzeiterwerbstätige (Erwerbsbereich: 80%; Haushaltsbereich: 20%) eingestuft und damit die gemischte Invaliditätsbemessungsmethode angewandt (vgl. E. 2.4 hiervor). Aufgrund der Akten besteht kein Anlass zu einer abweichenden Einschätzung. Insbesondere hat sich die Abklärungsperson mit der Behauptung der Beschwerdeführerin, sie würde ohne Gesundheitsschaden zu 100% arbeiten, eingehend auseinandergesetzt und gestützt auf das durchschnittliche Erwerbseinkommen vor Eintritt des Gesundheitsschadens schlüssig dargetan, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann (act. II 84 S. 4 Ziff. 3.5). Soweit die Beschwerdeführerin pauschal geltend macht, es sei ohne weiteres ersichtlich, dass eine alleinerziehende Frau ohne in der Schweiz relevante Schulbildung, welche allein im Tieflohnsegment tätig sei, schon nur in finanzieller Hinsicht gezwungen sei, eine Arbeit im 100% Pensum zu suchen (vgl. act. II 120 S. 14 f. Ziff. 10), kann ihr nicht gefolgt werden. Es ist nicht entscheidend, ob und gegebenenfalls inwieweit die Ausübung einer Erwerbstätigkeit wirtschaftlich notwendig ist, sondern inwieweit sie bei den gegebenen Verhältnissen als überwiegend wahrscheinlich erscheint (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 17. September 2002, I 300/02, E. 2.2 mit Hinweisen). Anhaltspunkte, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung vollzeitlich erwerbstätig wäre, ergeben sich aus den Akten nicht. Es ist daher von einem Status 80% Erwerbstätigkeit und 20% Haushaltstätigkeit auszugehen.

## **5.**

Im Folgenden sind die Einschränkungen im Bereich Haushalt zu prüfen und der Invaliditätsgrad in diesem Bereich zu ermitteln (vgl. E. 2.4 hiervoor).

**5.1** Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

**5.2** Der Abklärungsbericht Haushalt vom 21. Mai 2015 (act. II 84) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung gemäss E. 5.1 hiervoor und überzeugt. Die Feststellungen der fachkundigen Abklärungsperson basieren auf eigenen, vor Ort und in Anwesenheit der Beschwerdeführerin durchgeführten Erhebungen. Ferner wurden die in den Gutachten vom 5. März 2012 (act. II 44.1 S. 18 f. Ziff. 1 ff.) und vom 14. Januar 2015 (act. II 80.1 S. 27 f. Ziff. 1 ff.) festgestellten gesundheitsbedingten Einschränkungen resp. das Zumutbarkeitsprofil, welches Dr. med. C. \_\_\_\_\_ mit Gutachten vom 27. Februar 2018 bestätigte (act. II 146.1 S. 23 ff. und 28), berücksichtigt (act. II 84 S. 5 f. Ziff. 3.8). Der Abklärungsbericht ist zudem hinsichtlich der Gewichtung der Tätigkeitsbereiche ausreichend detailliert. Den Einschränkungen sowie den Angaben der Beschwerdeführerin wurde angemessen Rechnung getragen. Damit besteht kein Anlass, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen. Insbesondere ist nichts dagegen einzuwenden, dass bei den Einschränkungen im Haushalt die Unterstützung der Schwestern

und des Sohnes berücksichtigt worden ist (act. II 84 S. 8 ff. Ziff. 6). Folglich ist die Beschwerdeführerin im Bereich Haushalt zu 4.5% eingeschränkt (act. II 84 S. 11 Ziff. 7), was – ausgehend von einem Status von 20% Haushalt – einem gewichteten Invaliditätsgrad von 0.9% ( $4.5\% \times 0.20$  [Status]) entspricht. Soweit die Beschwerdeführerin im Verfahren IV/2016/618 mit Beschwerde vom 29. Juni 2016 die Einschränkung im Bereich Haushalt als zu tief kritisierte (act. II 120 S. 16) und angab, sie sei im Haushalt zu 100% eingeschränkt, überzeugt dies unter Berücksichtigung des kleinen Haushaltes, der Flexibilität bei der Besorgung der alltäglichen Aufgaben, der beschützenden Umgebung im häuslichen Bereich sowie der zumutbaren Mithilfe der beiden Schwestern und des Sohnes nicht.

## **6.**

**6.1** Sodann ist zu prüfen, wie es sich mit der Invalidität im Erwerbsbereich verhält. Dabei ist der Invaliditätsgrad nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.4 hiavor).

**6.1.1** 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 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 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 Entlöhnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**6.1.2** 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 unterdurchschnittlichen 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 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

**6.2** Die Beschwerdeführerin meldete sich am 25. Februar 2011 (act. II 7) zum Leistungsbezug an, nachdem sie ab dem 26. Oktober 2010 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben worden war (act. II 10). Der frühestmögliche Rentenbeginn fällt demnach auf den 1. Oktober 2011 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG [Wartezeit] bzw. Art. 29 Abs. 1 IVG [Karenzfrist]).

**6.3** Beim Valideneinkommen hat sich die Beschwerdegegnerin auf die LSE-Tabellenlöhne gestützt, was nicht zu beanstanden ist. Selbst wenn auf die tatsächlich erzielten Einkommen der Jahre 2008 und 2009 in der Höhe

von Fr. 36'174.-- resp. von Fr. 34'578.-- (vgl. act. II 84 S. 4 Ziff. 3.5) abgestellt würde, änderte sich das Ergebnis nicht, da die tatsächlichen Einkommen in etwa dem LSE-Lohn 2010 – wie nachfolgend dargelegt wird – entsprechen. Die Beschwerdegegnerin macht denn auch nichts Gegenteiliges geltend (vgl. Beschwerde vom 29. Juni 2016, act. II 120 S. 15). Gemäss LSE 2010, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftsabteilungen, beruflicher Stellung und Geschlecht, Tabelle TA1, Privater Sektor, Nr. 96, sonst. persönliche Dienstleistungen, ohne Kaderfunktion, Frauen, beträgt das Einkommen Fr. 3'472.-- pro Monat. Dieses Einkommen ist an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 42 Stunden (BFS, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Nr. 94-96, Erbringung von sonst. Dienstleistungen, 2011) anzupassen und auf das Jahr 2011 zu indexieren (von 100 Punkten [2010] auf 100.4 Punkte [2011]; BFS, Tabelle T1.10, Nominallohnindex 2011-2017, Nr. 90-96), womit ein jährliches Einkommen in der Höhe von 43'922.-- (Fr. 3'472.-- x 12 : 40 x 42 : 100 x 100.4) resp. unter Berücksichtigung des Arbeitspensums von 80% ein solches von Fr. 35'138.-- resultiert. Das Invalideneinkommen ist mit Blick auf das ärztlich attestierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. Gutachten vom 5. März 2012, act. II 44.1 S. 18 Ziff. 2 ff.) und den Umstand, dass die Beschwerdeführerin keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, aufgrund desselben Tabellenlohns zu ermitteln. Bei einer Arbeitsfähigkeit von ein bis zwei Stunden täglich resp. einem Pensum von 17.85% (7.5 Std. pro Woche x 100 : 42 Std. pro Woche) resultiert ein Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 7'840.-- (Fr. 43'922.-- x 17.85 : 100). Dabei wird sämtlichen behinderungsbedingten Einschränkungen mit der reduzierten Arbeitsfähigkeit genügend Rechnung getragen, so dass diese – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde vom 29. Juni 2016 (act. II 120 S. 16) – nicht zusätzlich mittels eines leidensbedingten Abzugs zu berücksichtigen sind (vgl. u.a. Entscheide des BGer vom 22. September 2010, 8C\_652/2010, E. 5.2.2 und vom 7. März 2014, 9C\_841/2013, E. 4.6).

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 35'138.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 7'840.-- resultiert ein Invaliditätsgrad im Bereich der Erwerbstätigkeit von 77.69% ([Fr. 35'138.-- - Fr. 7'840.--] x 100 : Fr. 35'138.--) resp. gewichtet von 62.15% (77.69% x 0.8 [Status]).

**6.4** Nach dem in E. 5.2 und 6.3 hiervoor Dargelegten beträgt der gewichtete Invaliditätsgrad im Bereich Haushalt 0.9% und im erwerblichen Bereich ab 1. Oktober 2011 62.15%, sodass ein Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 63% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) resultiert. Es besteht folglich ab diesem Zeitpunkt ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (vgl. E. 2.3 hiervoor).

**6.5** In der Folge hat sich mit der Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit auf 0% ab November 2014 (vgl. E. 3.3.4 hiervoor) ein Revisionsgrund verwirklicht, der in Anwendung von Art. 88a Abs. 2 IVV per 1. Februar 2015 zu berücksichtigen ist (vgl. E. 2.5 hiervoor). Da seit November 2014 bezüglich jeder Erwerbstätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit besteht, erübrigt sich die Ermittlung der Vergleichseinkommen. Unter Berücksichtigung der Teilzeiterwerbstätigkeit beträgt der gewichtete Invaliditätsgrad im erwerblichen Bereich 80% ( $100\% \times 0.8$  [Status]; vgl. ergänzend act. II 84 S. 12 Ziff. 8), womit die Beschwerdeführerin unabhängig vom Invaliditätsgrad im Bereich Haushalt ab dem 1. Februar 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat (vgl. E. 2.3 hiervoor).

**7.** Nach dem Ausgeführten ist in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 26. Juli 2018 (act. II 152) aufzuheben und der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2011 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen, welche ab 1. Februar 2015 revisionsweise auf eine ganze Rente zu erhöhen ist.

**8.** Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass gemäss der neusten bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Schadenminderung und Eingliederung rentenbeziehende Personen nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet sind, an zumutbaren Eingliederungsmassnahmen aktiv teilzunehmen. Dies betrifft Personen mit ganzen und Teilrenten gleichermassen (Entscheid des BGer vom 28. Januar 2019, 8C\_163/2018, E. 4.3.1 und 4.3.3.3 [zur Publikation vorgesehen]).

Im Gutachten vom 27. Februar 2018 diskutierte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aufgrund des dramatisierenden wie auch histrionisch anmutenden Verhaltens der Beschwerdeführerin das Vorliegen einer Aggravation resp. einer Persönlichkeitsakzentuierung und stellte einen massiven Krankheitsgewinn durch die manipulativ erhaltene Rundumversorgung der Angehörigen sowie eine labortechnisch erwiesene Malcompliance hinsichtlich der Medikation wie auch der psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie fest (act. II 146.1 S. 15, 26 und 29; 146.2). Während der psychiatrischen Untersuchung vom 19. Februar 2018 gab die Beschwerdeführerin selber an, dass sich der Gesundheitszustand nach der Einnahme von 1mg Temesta jeweils rasch bessere und die Panikattacken nach rund zehn Minuten vorbei seien (act. II 146.1 S. 12). Diese Angaben werden durch den im Beschwerdeverfahren eingereichten Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste E. \_\_\_\_\_ vom 21. August 2018 bestätigt (act. I 3 S. 2). Zudem kann diesem aktuellen Bericht entnommen werden, dass sich der Gesundheitszustand während des stationären Aufenthalts vom 3. bis 22. August 2018 unter adäquater psychotherapeutischer Therapie und angepasster Medikation „rasch sowie drastisch“ besserte (act. I 3 S. 3). Mit Blick auf das Ausgeführte sind forcierte medizinische Therapien sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen durch die Beschwerdegegnerin angezeigt. Die Beschwerdeführerin muss an allen zumutbaren Massnahmen teilnehmen, und zwar aktiv, damit ihr Eingliederungspotential ausgeschöpft werden kann. Kommt sie der Mitwirkungspflicht nicht nach, besteht nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG die Möglichkeit einer Leistungskürzung oder -verweigerung (BGer 8C\_163/2018, E. 4.3.1). Daran ändert die Auffassung der Beschwerdeführerin, es sei nun zu spät für eine berufliche Eingliederung (vgl. act. II 146.1 S. 30), nichts, hindert doch die rein subjektive Eingliederungsunfähigkeit solche Massnahmen nicht. Auch das Alter und die Rentenbezugsdauer sprechen vorliegend nicht gegen eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Nach dem Dargelegten sind die Akten an die Beschwerdegegnerin zu übermitteln, damit diese allfällige medizinische und berufliche Massnahmen prüfen und darüber befinden kann.

## **9.**

**9.1** 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

**9.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 31. Oktober 2018 macht Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 2'420.-- (9.68 Stunden à Fr. 250.--) sowie Auslagen von Fr. 72.70 und Mehrwertsteuer von Fr. 191.95 (7.7% auf Fr. 2'492.70), total Fr. 2'684.65, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Der Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 2'684.65 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**9.3** Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 26. Juli 2018 aufgehoben und der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2011 eine Dreiviertelsrente und ab 1. Februar 2015 eine ganze Rente zugesprochen.
2. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'684.65 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
5. Die Akten werden an die Beschwerdegegnerin übermittelt zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägung 8.
6. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt lic. iur. B.\_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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