

200 18 623 IV
SCP/SHE/RUL/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. März 2019

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. August 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1979 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 24. Februar 2011 wegen einer seit dem 14. September 2010 bestehenden Depression bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese tätigte in der Folge medizinische und berufliche Abklärungen. Insbesondere gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Februar 2012 (AB 27.1) verneinte die IVB mit Verfügung vom 27. April 2012 (AB 29) den Anspruch auf IV-Leistungen. Die Verfügung blieb unanagefochten.

B.

Am 7. August 2012 (AB 31) stellte die Versicherte erneut ein Leistungsgesuch bei der IVB. Dieses wies die IVB nach getätigten Abklärungen mit Verfügung vom 2. September 2013 (AB 60) mit der Begründung, es liege ein unveränderter Sachverhalt vor, ab. Die Verfügung blieb unanagefochten.

C.

Am 18. Dezember 2017 (AB 61) wurde aufgrund einer langandauernden Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei der IVB erneut ein Leistungsgesuch gestellt. Diese trat auf das Gesuch ein (AB 64) und tätigte abermals berufliche und medizinische Abklärungen. Namentlich veranlassete sie Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings vom 12. März 2018 bis 11. Juni 2018 (AB 82), welches vorzeitig per 1. Mai 2018 abgebrochen wurde (AB 113/2). Insbesondere gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. D._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, und G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom

April 2018 (AB 101.1-101.3) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 15. Juni 2018 (AB 109) in Aussicht, den Anspruch auf IV-Leistungen mangels invalidisierenden Charakters der geltend gemachten Beschwerden abzuweisen. Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 18. Juli 2018 (AB 114) Einwendungen. Am 14. August 2018 (AB 116) verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend.

D.

Mit Eingabe vom 6. September 2018 erhob die Versicherte – weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B. _____ – hiergegen Beschwerde. Sie beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr ab 1. Januar 2019 eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme einer Haushaltsabklärung und dem Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 4. Oktober 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Rechtsbehörden fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügun-

gen. Die Beschwerdeführerin ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 bildet die Verfügung vom 14. August 2018 (AB 116). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere 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).

2.2.1 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befund-

lage. 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). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

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. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429). 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 (zu-

mindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). 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 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungs-

kompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; SVR 2017 IV Nr. 75 S. 231 E. 4.1.1).

2.5

2.5.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität 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 wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades 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). Dies gilt analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangenem rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a).

2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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).

2.5.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter

Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.5.4 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 Beurteilung 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; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 18. Dezember 2017 (AB 61) eingetreten, womit die Eintretensfrage gerichtlich nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Ob die Verfügung vom 27. April 2012 (AB 29) oder die Verfügung vom 2. September 2013 (AB 60) Vergleichsbasis bildet, kann vorliegend – auch mit Blick auf den kurzen Zeitabstand zwischen dem Erlass der beiden Verfügungen – letztlich offen bleiben. Zu prüfen ist, ob sich seither mit Blick auf den Rentenanspruch eine wesentliche Veränderung im medizinischen (oder erwerblichen) Sachverhalt ergeben hat.

3.2 Den rechtskräftigen Verfügung vom 27. April 2012 (AB 29) und vom 2. September 2013 (AB 60), mit welchen ein invalidenversicherungsrecht-

lich relevanter Gesundheitsschaden verneint wurde, lagen in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen folgende ärztliche Einschätzungen zugrunde:

3.2.1 Im Bericht vom 27. März 2011 (AB 15/2) diagnostizierte Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11) bei Status nach belastender Kindheit und Adoleszenz (S. 2 Ziff. 1.1). Bei Therapiebeginn habe die Versicherte weiterhin über schwere, behindernde Angstzustände geklagt. Unter dem Wechsel der medikamentösen Therapie sei tendenziell eine leichte Beruhigung feststellbar (S. 3 Ziff. 1.4). Weiter bestünden körperlich und geistig keine Einschränkungen, jedoch weise sie psychisch Angstattacken und eine mittelschwere depressive Symptomatik auf. Die (als ... tätige [AB 13 S. 1]) Versicherte sei wegen der Angstzustände nicht in der Lage an ihren Arbeitsort zu gelangen, fühle sich in der Betreuung von älteren Menschen unsicher, habe Angst vor Anfällen, die sie den Betreuten nicht zeigen und auch nicht zumuten möchte und weise eine depressiv gefärbte Hemmung, sich motivieren zu können, auf. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar und die Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahmen nicht vermindern (S. 4 Ziff. 1.7 f.).

3.2.2 Dr. med. C._____ diagnostizierte im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 17. Februar 2012 (AB 27.1) eine Angst und depressive Störung (ICD-10 F41.2), gemischt bei Status nach Panikstörung (ICD-10 F41.0) und bei depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4/F33.4; S. 9 Ziff. 1.4). Die ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode seien nicht erfüllt (S. 11 Ziff. 2). Bei der Versicherten bestünden objektiv keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Auch die Diagnose einer Panikstörung als eigenständige Störung sei nicht (mehr) zu begründen. Die hierfür erforderlichen Kriterien seien nur noch in so geringer Dauer, Ausprägung, Häufigkeit und Anzahl erfüllt, dass keine "Störung" i.S. der Kategorie F41.0 mehr begründet werden könne (S. 12 Ziff. 2). Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht

seien alle Funktionen objektiv ausreichend vorhanden. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne nicht begründet werden. Der Versicherten sei eine Willensanstrengung zur Überwindbarkeit ihrer Beschwerden zumutbar (S. 15 Ziff. 3.3).

3.3 Seit den Verfügungen vom 27. April 2012 (AB 29) und vom 2. September 2013 (AB 60) ergibt sich bezüglich des Gesundheitszustandes im Wesentlichen Folgendes:

3.3.1 Vom 8. September bis 28. September 2017 stand die Versicherte in der Klinik F._____ in stationärer Behandlung. In deren Austrittsbericht vom 28. September 2017 (AB 61/3) wurden eine schwere Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), eine Colelithiasis (ICD-10 K80.20) sowie eine Zervikalgie und Lumbalgie (ICD-10 M54.5) diagnostiziert (S. 3). Das durchgeführte EKG habe keine Auffälligkeiten ergeben. Labortechnisch sei eine leichte Hypercholesterinämie sowie ein Vitamin-D-Mangel aufgefallen. Die geklagten Symptome könnten im Rahmen einer Anpassungsstörung bei schwerer psychosozialer Belastungssituation erklärt und angesehen werden. Um eine zusätzliche Stabilität zu erreichen und neue Strategien auszuarbeiten sei der Versicherten eine Verlängerung des Rehabilitationsaufenthaltes vorgeschlagen worden. Diese habe sie jedoch abgelehnt, da sie den geplanten Urlaub mit ihrem Mann habe antreten wollen. Im weiteren Verlauf sei die Schmerzsymptomatik regredient gewesen. Aufgrund der weiterhin bestehenden depressiven Verstimmung sei ihr empfohlen worden, die ambulante Psychotherapie und Physiotherapie im ambulanten Setting weiterzuführen (S. 4).

3.3.2 Im Schreiben vom 18. Dezember 2017 (AB 61/1) hielt Dr. med. E._____ fest, die Versicherte leide aufgrund traumatischer Erfahrungen in der Kindheit (Extrembelastung durch schwere psychotische Erkrankung der Mutter und chronischen schweren Alkoholismus des Vaters, sowie verschiedene Aufenthalte in mehreren Heimen) an einer posttraumatischen Störung. Das mangelnde Gefühl für Abgrenzung, Selbstwahrnehmung und Selbstschutz, resultiere aus der posttraumatischen Belastungsstörung. Ebenfalls seien rezidivierende depressive Episoden und Angstzustände in Zusammenhang mit der posttraumatischen Belastungsstörung zu sehen.

Die Versicherte sei motiviert zu arbeiten, fühle sich durch die Arbeit mit Patienten gestärkt und geschätzt (S. 2).

3.3.3 In der bidisziplinären Gesamtbeurteilung der Dres. med. D._____ und G._____ vom 17. April 2018 (AB 101.1) wurde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (DESNOS gemäss DSM-V) sowie eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge hätten (ICD-10 Z61.3), ein belastungsabhängiges lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie (ICD-10 M54.97) sowie ein beidseits erworbener Senk-Spreizfuss (ICD-10 M21.37; S. 6 Ziff. 4.2). Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht könnten keine Belastungs- oder Bewegungseinschränkungen objektiviert werden (vgl. orthopädisch-traumatologisches Teilgutachten vom 15. April 2018 [AB 101.3 S. 48 Ziff. 7.4]). Aus psychiatrischer Sicht bestünden deutliche handicapierende Fähigkeitsstörungen mit einer negativen Selbstwahrnehmung sowie beruflichen Handicapierungen mit schweren Störungen im Bereich der Durchhaltefähigkeit, der Belastbarkeit, der Durchsetzungsfähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit, sowie mittelgradige Störungen im Kontakt zu Dritten, aber auch zu intimen/nahen Beziehungen und der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit (AB 101.1 S. 7 Ziff. 4.3). Gesamthaft bestehe ein schweres, komplexes psychiatrisches Störungsbild mit massiver Aufweichung der Ich-Strukturen bei Störung der Selbstwahrnehmung, sowie schwerer Störung der Affektregulation im Sinne einer Erschöpfungsdepression (S. 8 Ziff. 4.4). Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte in ihrer angestammten Tätigkeit sowie in einer optimal leidensadaptierten Tätigkeit seit dem Sommer 2017 anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig. Auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet bestehe sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer allfällig adaptierten Tätigkeit eine sowohl quantitativ als auch qualitativ uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. 4.7/4.8).

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). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

3.5

3.5.1 Aus somatischer Sicht ist aufgrund des orthopädisch-traumatologischen Teilgutachtens vom 27. April 2018 (AB 101.3), welches die höchstrichterlichen Anforderungen an die Beweiskraft von medizinischen Gutachten erfüllt (vgl. E. 3.4 hiervor), erstellt, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie des rechten Schultergelenks weder im Rahmen der dezidierten klinischen noch der radiologischen und neurophysiologischen Befunden objektiviert werden können und keinem anatomisch-morphologischen Korrelat entsprechen (S. 47 Ziff. 7.2). Aus orthopädisch-versicherungsmedizinischer Sicht lagen seit der Antragsstellung und anhaltend zu keinem Zeitpunkt

gesicherte orthopädisch-chirurgische Störungsbilder mit handicapierenden Auswirkungen vor, welche die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit der Versicherten in zuletzt ausgeübter Tätigkeit sowie einer allfällig adaptierten Tätigkeit um mehr als 20 % einschränken (S. 49 Ziff. 8). Dies wird von den Parteien nicht bestritten. Damit liegt aus somatischer Sicht kein Revisions- bzw. Neuanmeldungsgrund vor.

3.5.2 Soweit die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung vorbringt (vgl. Beschwerde S. 3 Rz. 7), vermag dies nicht zu überzeugen. Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. D. _____ vom 3. April 2018 (AB 101.2) erfüllt aus rechtlicher Sicht die Anforderungen an ein voll beweiskräftiges Gutachten. Darin werden traumatische Erfahrungen in der Kindheit und Jugendzeit (Gewalterfahrungen, Vernachlässigungen, Fremdplatzierungen, fehlende Liebe, Zuwendung und Rückhalt, psychische Erkrankung der Mutter, Alkoholismus des Vaters) als ursächlich auslösendes Ereignis für die (komplexe) posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-V genannt (S. 77 und 78 Ziff. 6.2). Im Jahr 2009 habe bei der Beschwerdeführerin aufgrund eines Fieberkrampfes ihres Sohns eine Retraumatisierung stattgefunden (S. 77 Ziff. 6.2). In Bezug auf eine posttraumatische Belastungsstörung sieht die Definition gemäss DSM-V auch Ereignisse, die keine aussergewöhnliche Katastrophe darstellen, als Ursache. Dies mag therapeutisch sinnvoll sein, aber für die Frage des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung, welche zwangsläufig eine gewisse Objektivierung verlangen, kann ein derart ausschliesslich subjektives Empfinden nicht massgebend sein, weshalb der Definition gemäss ICD-10 der Vorzug zu geben ist (vgl. betreffend DSM-IV Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 18. August 2009, 9C_554/2009, E. 6). Eine posttraumatische Belastungsstörung nach der Klassifikation der ICD-10 entsteht gemäss den diagnostischen Leitlinien als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend) die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewalti-

gung oder anderen Verbrechen zu sein (Entscheid des BGer vom 15. Juli 2010, 8C_754/2009, E. 5.3.3; DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [HRSG.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hinweist (Beschwerdeantwort S. 3 Rz. 8), fehlt es im vorliegenden Fall am Auslöser für die Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung. Dies bestätigt ebenfalls das Gutachten von Dr. med. C._____ vom 17. Februar 2012 (AB 27.1), welchem entnommen werden kann, dass psychosoziale Faktoren, wie Herkunft, mehrfache Migration, Krankheiten in der Familie, Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, Schulden etc. mitbedacht und von krankheitsbedingten, objektivierbaren Befunden abzugrenzen sind (S. 14 Ziff. 2). Ferner ist auf eine posttraumatische Belastungsstörung laut ICD-10 dann zu erkennen, wenn die Störung innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine "wahrscheinliche" Diagnose kann zwar auch gestellt werden, wenn der Abstand grösser ist, was aber voraussetzt, dass die klinischen Merkmale typisch sind, und keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden kann (BGer 8C_754/2009, E. 5.3.4). Dass diese Voraussetzungen hier erfüllt sind, ergibt sich aus der medizinischen Aktenlage gerade nicht. So wurde beispielsweise im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von Dr. med. C._____ vom 17. Februar 2012 (AB 27.1) die Diagnose Angst und depressive Störung (ICD-10 F41.2) gemischt bei Status nach Panikstörung (ICD-10 F41.0) und bei depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4/F33.4) gestellt (S. 9 Ziff. 1.4). Aufgrund des Dargelegten sind die klassifikatorischen Vorgaben in Bezug auf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erfüllt (vgl. E. 2.2.3 hiavor).

Übereinstimmend wurden fast immer psychosoziale Belastungsfaktoren als krankheitsauslösend oder -unterhaltend benannt. Ebenso wie Dr. med. D._____ im psychiatrischen Teilgutachten vom 3. April 2018 (AB 101.2 S. 59 ff. und 77 ff.) begründen auch Dr. med. E._____ im Arztbericht vom 27. März 2011 (AB 15/2 S. 3 Ziff. 1.4) und Dr. med. C._____ im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 17. Februar 2012 (AB 27.1 S. 9 ff. Ziff. 2) ihre Diagnosen und deren Auswirkungen auf das funkti-

onelle Leistungsvermögen mit den traumatischen Erfahrungen in der Kindheit der Beschwerdeführerin und dass anlässlich eines Besuchs in ... im Jahre 2009 eine Retraumatisierung stattgefunden habe. Dadurch liegt – wie bereits anlässlich des Neuanmeldungsverfahrens gemäss Verfügung vom 2. September 2013 (AB 60) – eine bloss andere Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes vor, welche nach ständiger Rechtsprechung unter revisions- und neuanmeldungsrechtlichem Gesichtswinkel unerheblich ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2).

Soweit das anhaltende, mittelschwere depressive Stimmungsbild nunmehr im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) kodifiziert wird, ist dies unerheblich, wurde doch die von Dr. med. C._____ damals gestellte Diagnose einer Angst und depressive Störung (ICD-10 F41.2) gemischt bei Status nach Panikstörung (ICD-10 F41.0) und bei depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4/F33.4; AB 27.1) mit der Begründung diagnostiziert, die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode seien nicht erfüllt (S. 9 Ziff. 1.4). Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass (S. 11 Ziff. 2). Dr. med. C._____ begründete aufgrund der von ihm erhobenen Befunde überzeugend, dass die Diagnose einer verselbständigten depressiven Störung nach wie vor nicht zu stellen ist. Die vom Teilgutachter Dr. med. D._____ vorgetragene Kritik (AB 101.2 S. 73 Ziff. 6.1) ändert nichts an dieser Beurteilung, sondern belegte wiederum die unbeachtliche bloss andere Einschätzung des unveränderten Sachverhalts.

Die psychopathologischen Befunde sind seit der erstmaligen Rentenablehnung unverändert geblieben, was sich aus dem Vergleich der medizinischen Akten AB 15 (insb. S. 3), AB 27.1 (insb. S. 3 ff., 6, und 9 ff.; insb. unsicher-ängstliches sowie neurasthenisches Syndrom) mit dem aktuellen psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. D._____ vom 3. April 2018 ergibt (AB 101.2 insb. S. 59 f., 63, 66 und 69). Hinzuzufügen ist, dass genau wie im psychiatrischen Teilgutachten (S. 64 Ziff. 3.2.3) auch bereits im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von Dr. med. C._____ vom 17. Februar 2012 (AB 27.1 S. 6 Ziff. 1.2) der Tagesablauf der Beschwerdeführerin fast unverändert beschrieben wird.

3.5.3 Nach dem vorstehend Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt und es ist erstellt, dass im Vergleich zu den Referenzzeitpunkten im April 2012 (AB 29) bzw. September 2013 (AB 60) in den medizinischen Verhältnissen keine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Ein Neuanmeldungsgrund liegt damit auch hinsichtlich der psychischen Verfassung nicht vor.

3.6 Selbst wenn mit den Parteien von einem Neuanmeldungsgrund ausgegangen würde, führte die Indikatorenprüfung – wie nachfolgend dargelegt – zur Abweisung der Beschwerden.

3.6.1 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 selbstständige, 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).

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).

3.6.2 Aus dem bidisziplinären Gutachten der Dres. med. D. _____ und G. _____ vom 17. April 2018 (AB 101.1) geht hervor, dass keine Hinweise auf Verdeutlichungen, Aggravationen oder gar Simulationen der Beschwerdeführerin vorgelegen hätten (S. 8 Ziff. 4.6). Trotz den gutachterlichen Ausführungen ist jedoch aufgrund des diskrepanten Untersuchungsverhaltens der Beschwerdeführerin vom Vorliegen einer Aggravation auszugehen. Denn in zeitlicher Hinsicht hat der orthopädische Gutachter die Beschwerdeführerin unmittelbar vor der psychiatrischen Begutachtung untersucht und in der orthopädischen Untersuchung wird ein völlig anderes Zustandsbild (erhebt sich zügig aus dem Sessel [...]; [...] freies, sicheres und hinkfreies Gangbild; [...] Positionswechsel [sitzend, stehend, gehend] erfolgt frei und in zügigem Tempo; Während der ca. 60-minütigen Anamne-

seerhebung: [...] verharrt in ruhiger und entspannter Sitzposition; betritt das Untersuchungszimmer mit raumgreifenden Schritten und zügigem, uneingeschränktem Gangbild [...] beschrieben (vgl. AB 101.3. S. 19 Ziff. 4.1 und S. 23 Ziff. 4.3.1) als anlässlich der psychiatrischen Untersuchung (AB 101.2 S. 67 Ziff. 4.3; [...] läuft mit schlaffem Muskeltonus und schlurfendem Gang; [...] sitzt hernach zusammengesunken in dem ihr angebotenen Sessel; [...] legt Kopf auf Lehne des Sessels und schliesst die Augen). Das beschriebene Verhalten anlässlich der psychiatrischen Untersuchung entspricht denn auch demjenigen anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. C._____ (AB 27.1 S. 7 Ziff. 1.3.1; [...] schmiegt sich in den Sessel) und diese Inkonsistenzen lassen auf das in der von der Krankenversicherung Helsana in Auftrag gegebene Gutachten vom 16. Februar 2013 (AB 59) beschriebene Verdeutlichungsverhalten mit Tendenz zur Aggravation schliessen (S. 16-18 Ziff. 3). Ob jedoch ein Ausschlussgrund vorliegt, kann aufgrund des Ergebnisses der Indikatorenprüfung an dieser Stelle offen bleiben.

3.6.3 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie funktioneller Schweregrad (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

3.6.4 Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

3.6.5 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Dem Bericht des Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Oktober 2012 (AB 37) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ihm gegenüber immer wieder die Konfliktsituation im Zusammenleben mit den Schwiegereltern, die Belastung durch die Kinderbetreuung und die knappe finanzielle Situation betont habe (S. 1). Weiter hielt Dr. med. H._____ fest, dass Belastungsurlaube zu Hause gezeigt hätten, dass durch eine Trennung von der Familie eine Besserung des Gesundheitszustandes erzielt werden konnte. Die von ihm empfohlene teilstationäre Behandlung wurde von der Beschwerdeführerin jedoch abgebrochen (S. 2). Die Klinik

F._____ beschrieb in ihrem Bericht vom 28. September 2017 (AB 61/3) Symptome im Rahmen einer Anpassungsstörung bei schwerer psychosozialer Belastungssituation. Es habe sich herausgestellt, dass seit Jahren eine sehr angespannte familiäre Situation bestehe. Insbesondere ein Konflikt mit den Schwiegereltern sei sehr präsent gewesen (S. 2). Die von ärztlicher Seite her empfohlene Verlängerung des Rehabilitationsaufenthaltes hat die Beschwerdeführerin abgelehnt, weil sie mit ihrem Ehemann in den Urlaub fahren wollte (S. 4). Dem bidisziplinären Gutachten vom 27. April 2018 (AB 101.1) ist zu entnehmen, dass psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren krankheitsunterhaltend gewesen seien, jedoch das psychopathologische Bild nicht dominiert hätte (S. 7). Zum Verlauf konnte sich der psychiatrische Gutachter nicht äussern (S. 8). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hinweist (Beschwerdeantwort S. 3 Rz. 8), ist die Diagnostik nach der Klassifikation der DSM-V, welche vor allem auf das subjektive Befinden abstellt, nicht relevant (vgl. E. 3.5.2 hiervor). Gemäss den soeben gemachten Ausführungen ist zwar davon auszugehen, dass die Gesundheitsschädigung der Beschwerdeführerin zumindest zeitweise nicht ausschliesslich auf psychosozialen Faktoren beruhte, dennoch durchgehend stark von diesen geprägt und unterhalten wurde.

3.6.6 Sodann ist auf Verlauf und Ausgang von Therapien (und damit auf Behandlungserfolg bzw. -resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Der stationäre Aufenthalt in der Klinik F._____ wurde trotz Anraten der Behandler von der Beschwerdeführerin nicht weitergeführt (AB 61/3 S. 4). Dem Bericht vom 18. Dezember 2017 (AB 61/1) ist zu entnehmen, Dr. med. E._____ habe die Beschwerdeführerin ab 2013 in grossen Abständen gesehen. Seit dem 29. August 2017 hätten fünf Sitzungen stattgefunden (S. 1). Der psychiatrische Gutachter führte im bidisziplinären Gutachten vom 17. April 2018 (AB 101.1) aus, dass das Beschwerdebild einer störungsspezifischen, stationären Behandlung mit nachfolgender tagesklinischer Therapie und dann hochfrequenter ambulanter Fortführung der störungsspezifischen Behandlung bedürfe (S. 10 Ziff. 4.10). Somit kann davon ausgegangen werden, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei durchaus besserungsfähig, allerdings fehlte es bislang bei der Beschwerdeführerin am erforderlichen Therapie- und Durchhaltewillen.

3.6.7 Hinsichtlich des Indikators der Komorbiditäten ist zu beachten, dass die bisherigen Kriterien der „psychiatrischen Komorbidität“ und „körperlichen Begleiterkrankung“ zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst wurden. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Im bidisziplinären Gutachten vom 27. April 2018 (AB 101.1) wird sodann festgehalten, dass psychosoziale Faktoren im Verlauf des Störungsbildes das psychopathologische Bild zwar unterhalten, jedoch zumindest zu gegebenem Zeitpunkt nicht dominiert hätten (S. 8 Ziff. 4.5), mithin weder von einer körperlich (vgl. dazu E. 3.5.1 hiervor) noch psychisch schweren Begleiterkrankung auszugehen ist.

3.6.8 Im Komplex Persönlichkeit ist anzumerken, dass im bidisziplinären Gutachten vom 27. April 2018 (AB 101.1) ein schweres, psychiatrisches Störungsbild mit massiver Aufweichung der Ich-Strukturen bei Störung der Selbstwahrnehmung sowie schwerer Störung der Affektregulation im Sinne einer Erschöpfungsdepression festgestellt wurde (S. 8 Ziff. 4.4). Dieses psychopathologische Bild sei durch psychosoziale Belastungsfaktoren unterhalten worden, jedoch hätten diese aktuell nicht dominiert (Ziff. 4.5). Dr. med. C. _____ stellte im Bericht vom 17. Februar 2012 (AB 27.1) klar, dass es sich bei psychosozialen Faktoren wie Herkunft, mehrfachen Migration, Krankheiten in der Familie, Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, Schulden etc. um krankheitsfremde Gesichtspunkte handelt, welche nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht einzufließen haben (S. 14 Ziff. 2). Dem ist auch aus rechtlicher Sicht zuzustimmen, denn psychosoziale und soziokulturelle Faktoren, welche durch soziale bzw. äussere Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, berechtigen nicht zur Invalidenrente (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2).

3.6.9 Der Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch weiterhin Ressourcen bereit. Von einem sozialen Rückzug kann sodann auch keine Rede sein, gilt es

doch zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin erst im Erwachsenenalter in die Schweiz migriert ist, viele verschiedene familiäre Pflichten hat und sich damit das soziale Leben auch ohne den geltend gemachten Gesundheitsschaden im Wesentlichen auf die Familie beschränken würde.

3.6.10 Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien. Bei den Inkonsistenzen ist zunächst der Tagesablauf zu erwähnen. Die Beschwerdeführerin steht gemäss den Anamneseerhebungen des psychiatrischen Gutachtens vom 3. April 2018 (AB 101.2) zwischen 6.00 Uhr und 7.00 Uhr auf, macht die Morgentoilette, trinkt einen Kaffee, nimmt ihre Tabletten und füttert die Katze. Um 7.00 Uhr weckt sie ihren Sohn. Wenn sie sich körperlich gut fühlt, geht sie für 30 Minuten zu ... zum Fitnesstraining. Hernach kehrt sie in die Häuslichkeit zurück. Zwischendurch kauft sie den Tagesbedarf ein. Dann schläft sie zwei bis drei Stunden. Die Schwiegermutter übernimmt das Kochen des Mittagessens, hierzu fühlt sich die Beschwerdeführerin nicht in der Lage. Nach dem Mittagessen nimmt sie einen Kaffee und legt sich erneut für ein bis zwei Stunden hin, manchmal auch länger. Danach bereitet sie das Nachtessen vor, manchmal hat sie am Nachmittag auch Termine beim Arzt. Die Hausarbeit erledigt die Schwiegermutter. Nach dem gemeinsamen Abendessen hilft sie dem Sohn bei den Hausaufgaben. An guten Tagen bleibt sie im Wohnzimmer und schaut mit den Kindern „Galileo“. An schlechten Tagen zieht sie sich alsbald ins Schlafzimmer zurück oder steht bereits nach dem Mittagsschlaf nicht mehr auf. Sie hat manchmal Freude daran, wenn die Kinder mit der Katze YouTube-Videos nachspielen. Sie geht zwischen 20.00 Uhr und 20.30 Uhr zu Bett (S. 64 Ziff. 3.2.3). Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (S. 5) richtigerweise anmerkt, steht dieser strukturierte und abwechslungsreiche Tagesablauf nicht im Einklang mit der ihr vom Gutachter attestierten 100%-igen Arbeitsunfähigkeit. Ebenso fällt auf, dass die Beschwerdeführerin ein ausserhäusliches Fitnesstraining zu besuchen vermag, selber Einkäufe erledigt, das Abendessen vorbereiten kann, den Sohn bei den Hausaufgaben unterstützt, hingegen andere Aufgaben im Haushalt nicht will bewältigen können. Als inkonsistent erweist sich auch das in Erwägung 3.6.2 erwähnte Verhalten während den Begutachtungen bei den Dres. med. D. _____ (AB 101.2 S. 67 Ziff. 4.3), G. _____

(vgl. AB 101.3 S. 19 Ziff. 4.1 und S. 23 Ziff. 4.3.1) und I. _____ (AB 59 S. 16-18 Ziff. 3). Auch spricht der Umstand, dass die Beschwerdeführerin auf Behandlungsangebote zu Gunsten von Ferien verzichtete (AB 61 S. 4), für einen geringen Leidensdruck.

3.7 Zusammenfassend ist nach einer Würdigung sämtlicher Umstände nicht von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen. Die angefochtene Verfügung erweist sich als korrekt und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.-- zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Weder die unterliegende Beschwerdeführerin (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern haben einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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