

200 18 721 IV  
JAP/IMD/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. März 2019**

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiber Imhasly

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. August 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1962 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im März 2010 unter Hinweis auf psychische Beschwerden und Folgen eines durchgemachten Pfeifferschen Drüsenfiebers bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte medizinische sowie erwerbliche Abklärungen und gewährte Integrationsmassnahmen (act. II 46). Mit Verfügung vom 29. August 2011 (act. II 54) verneinte die IVB den Anspruch auf berufliche Massnahmen unter Hinweis auf den Gesundheitszustand der Versicherten, welcher die Durchführung entsprechender Massnahmen zur Zeit nicht ermögliche. Gestützt auf das von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellte Gutachten vom 19. Juni 2012 (act. II 67.1) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 22. Juni 2012 (act. II 68) die Verneinung des Anspruchs auf IV-Leistungen mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (act. II 71) und einer diesbezüglichen Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD [act. II 74]) verfügte die IVB am 6. September 2012 (act. II 75) wie angekündigt. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im Dezember 2016 ersuchte die Versicherte unter Hinweis auf eine neu diagnostizierte Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) erneut um Zuspreehung von IV-Leistungen (act. II 80). Die IVB nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor; namentlich beauftragte sie PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Begutachtung der Versicherten (Gutachten vom 5. Januar 2018 [act. II 100.1]; Ergänzung vom 2. Mai 2018 [act. II 106]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 107, 109, 116) verneinte die IVB mit Verfügung vom 30. August 2018 (act. II 117) erneut einen Leistungsanspruch mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens.

**B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch den B.\_\_\_\_\_, Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 2. Oktober 2018 Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung vom 30. August 2018 sei aufzuheben, es sei festzustellen, dass ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, und es sei der Invaliditätsgrad zu berechnen. Des Weiteren ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 5. November 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung wurde beim Spital F.\_\_\_\_\_, bei Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und beim Regionalen Sozialdienst ... die vollständigen, die Beschwerdeführerin betreffenden Akten inkl. Krankengeschichte ediert. Die edierten Akten gingen beim Verwaltungsgericht am 10. (Spital F.\_\_\_\_\_ [act. III]), am 17. (Regionaler Sozialdienst ... [act. IIIA, IIIB]) bzw. am 19. Dezember 2018 (Dr. med. G.\_\_\_\_\_ [act. IIIC]) ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 3. Januar 2019 wurde den Parteien die Möglichkeit gewährt, innert Frist Schlussbemerkungen zu den edierten Akten einzureichen. Hiervon machte einzig die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 4. Februar 2019 Gebrauch. Diese Schlussbemerkungen wurden der Beschwerdeführerin mit prozessleitender Verfügung vom 8. Februar 2019 zugestellt.

**Erwägungen:**

**1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des

Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich – vorbehältlich der Ausführungen in E. 1.2.1 hier-nach – einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 30. August 2018 (act. II 117).

**1.2.1** Zufolge der Subsidiarität von Feststellungsbegehren gegenüber Leistungsbegehren (vgl. MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 90 N. 2) ist auf die Beschwerde insoweit nicht einzutreten, als damit die Feststellung des Vorliegens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens beantragt wird (Beschwerde S. 2 Ziff. I./2.), handelt es sich dabei doch höchstens um ein Begründungselement für die mit Rechtsbegehren 3 (Berechnung des Invaliditätsgrades) sinngemäss (vgl. MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, a.a.O., Art. 32 N. 11) beantragte Zusage von Leistungen der Invalidenversicherung.

**1.2.2** Streitig und zu prüfen ist demnach der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**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 Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

**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 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).

**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** Um den Leistungsanspruch beurteilen 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).

**2.4** 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. Aus-

schlaggebend 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 aufgrund 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; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

**2.5** 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).

**2.6** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Dies gilt analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme

beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

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

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

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).

### 3.

**3.1** Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom Dezember 2016 (act. II 80) eingetreten ist und den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 30. August 2018 (act. II 117) materiell geprüft hat. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 6. September 2012 (act. II 75) und der Verfügung vom 30. August 2018 (act. II 117) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

**3.2** Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der Verfügung vom 6. September 2012 (act. II 75) massgeblich auf das von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erstellte psychiatrische Gutachten vom 19. Juni 2012 (act. II 67.1), worin dieser eine rezidivierende depressive Störung, derzeit in Remission bei einer Neurasthenie (ICD-10: F33.4, F48.0), diagnostizierte (S. 12). Die Versicherte sei schon länger in ambulanter psychiatrischer Behandlung und habe laut der behandelnden Ärztin seit dem Erwachsenenalter Stimmungsschwankungen. Bei den aufgetretenen mittelschweren bis schweren depressiven Episoden hätten psychosoziale Faktoren eine wichtige Rolle gespielt. Die Versicherte habe stationäre Behandlung in Anspruch genommen, sei lange Zeit in ambulanter psychiatrischer Therapie gewesen. Heute fänden nur noch selten Therapiesitzungen statt, die Behandlungen hätten offensichtlich zum Erfolg geführt. Die behandelnde Ärztin schreibe in ihrem letzten Bericht, dass die Depression in Remission und ihre Patientin wieder arbeitsfähig sei (S. 12). Man könne davon ausgehen, dass die Versicherte ab April 2011 wieder voll arbeitsfähig gewesen sei. Sie sei etwas vermindert belastbar wegen der Neurasthenie (unter 20 %). Die bisherige Tätigkeit sei zwei mal vier Stunden pro Tag zumutbar (S. 13).

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 6. September 2012 (act. II 75) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.3.1** Dem Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ betreffend neuropsychologischer Testung und Intelligenztestung vom 29. November 2016 (act. II 89 S. 9 ff.) ist die Diagnose einer leichten neuropsychischen Störung bei depressiver Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), und Verdacht auf ADS (ICD-10: F90.0) zu entnehmen. Insgesamt resultiere aus den Testungen eine leichte neuropsychische Störung, welche vor allem die Bereiche der Aufmerksamkeit sowie wenige Teilbereiche der Exekutivfunktionen betreffe. Das Leistungsprofil sowie die klinische Beobachtung könnten mit einer ADS vereinbar sein, vor der Diagnosestellung sei eine einschlägige Abklärung erforderlich. Das beobachtete Arbeitsverhalten spreche für etliche kompensatorische Strategien, welche die Explorandin verwende und welche das insgesamt gute Abschneiden bei der neuropsychologischen Testung begünstigten. Weitere Faktoren seien in der guten Intelligenz sowie dem relativ hohen Strukturierungsgrad der Testaufgaben zu finden. Anhand der Testung könnten nicht alle Lebens- und Berufssituationen abgebildet werden, weshalb die vorliegenden insgesamt guten Testresultate nicht im Widerspruch zu den geschilderten massiven schulischen und beruflichen Schwierigkeiten stünden, die im Gesamtbild nachvollziehbar seien.

In einem weiteren Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 10. Februar 2017 (act. II 89 S. 2 ff.) wurden eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0), bestehend seit Kindheit, und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), diagnostiziert. Die bisherige Tätigkeit sei in einem Pensum von 20 - 30 %, verteilt auf mehrere Halbtage pro Woche, zumutbar. Die Leistungsfähigkeit sei vermindert durch die erhöhte Ablenkbarkeit, den erhöhten Bedarf nach Struktur und Ordnung, die Handlungsblockaden und die eingeschränkte Durchhaltefähigkeit mit erhöhtem Erholungsbedarf. Bei einer Fortführung der aktuellen ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung könne eine Stabilisierung erhofft werden.

**3.3.2** Im Gutachten vom 5. Januar 2018 (act. II 100.1) führte PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sei nicht zu diagnostizieren. Aus der Kindheit seien keine entsprechenden Symptome berichtet worden. Verhaltensauffälligkeiten in diese

Richtung seien früher nicht beschrieben worden. Die Diagnose einer ADHS mit erstmaligem Auftreten im Erwachsenenalter sei ohnehin theoretisch problematisch und nosologisch ohne Erklärungswert. Es würden im konkreten Fall auch keine überzeugenden Symptome vorgefunden. Klar zu diagnostizieren sei eine mindestens seit 2008 bestehende rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig schweren depressiven Episode (ICD-10: F33.2). Alle bisherigen stationären psychiatrischen Behandlungen seien wegen dieser Erkrankung erfolgt. Es sei letztlich nicht zu einer vollständigen Remission, sondern nur zu partiellen Besserungen gekommen. Es bestehe insoweit zwischen den Phasen eine Residualsymptomatik, wie sie in der Tat auch bei phasenhaft episodisch verlaufenden depressiven Erkrankungen häufiger gesehen werde. Insofern handle es sich um eine chronische Depression (S. 23). Angesichts der Schwere des Krankheitsbildes und des Ausmasses der bestehenden Symptomatik erschienen therapeutische Optionen noch nicht hinreichend ausgeschöpft. Insbesondere bedürfe es einer regelmässigen kognitiven Verhaltenstherapie, deren Wirksamkeit bei depressiven Phasen klar erwiesen sei. Gegenwärtig erfolge offenbar eine Psychotherapie nicht regelmässig. Daneben seien auch medikamentös noch Therapieoptionen offen (S. 24). Im gegenwärtigen psychischen Zustandsbild sei die Explorandin nicht in der Lage, mehr als 20 % Arbeitsfähigkeit aufzubringen, wobei höhere sozial-kommunikative Anforderungen ihren Zustand eher verschlechterten und auf nur wenig Handlungsmöglichkeiten und seelische Flexibilität stiessen. Somit wäre z.B. ein Heimarbeitsplatz sinnvoll, um die noch vorhandene Restarbeitsfähigkeit auszunutzen (S. 27). Insgesamt sei mit Rückblick auf den Verlauf seit 2008 nicht mit einer Verbesserung der Situation über eine Arbeitsfähigkeit von 40 % hinaus zu rechnen, da zwischen den verschiedenen Phasen Residualsymptome beschrieben worden seien, die in erheblichem Masse die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten, wie etwa eine rasche Ermüdbarkeit, leichte Erschöpfbarkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und Antriebsminderung (S. 28).

In der Ergänzung vom 2. Mai 2018 (act. II 106) hielt PD Dr. med. E.\_\_\_\_\_ bezüglich des Verlaufs der diagnostizierten depressiven Störung fest, im Jahr 2010 sei eine Arbeitsfähigkeit postuliert worden, 2011 sei über einen schwankenden Verlauf berichtet worden. Im Zeitraum von

2012 bis 2017 sei punktuell eine geringe Belastbarkeit dokumentiert. Zwischen den einzelnen depressiven Phasen seien aktenkundig Residualsymptome beschrieben, die in erheblichem Masse die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten. Insgesamt könne eine durchgehende vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 2012 nicht angenommen werden. Der Verlauf lasse sich retrospektiv nicht mehr vollständig rekonstruieren.

**3.3.3** In dem im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 19. Juli 2018 (act. II 116 S. 3 ff.) wurde festgehalten, die integriert psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive psychopharmakologischer Medikation entspreche durchaus einer Therapie lege artis. Entgegen der gutachterlichen Einschätzung lägen Komorbiditäten vor, die umfassenden diagnostischen Abklärungen hätten das Vorliegen einer ADHS bestätigt. Sowohl eigen- wie auch fremdanamnestische Angaben deuteten darauf hin, dass die entsprechenden Symptome bereits im Vorschulalter vorhanden gewesen seien. Zwischen den rezidivierenden depressiven Phasen habe, wie vom Gutachter erwähnt, kein vollständiges Residuum beobachtet werden können. Konzentrationsprobleme, Ablenkbarkeit, Desorganisation, Antriebsverminderung und Erschöpfung seien stets vorhanden gewesen, was zur Grunderkrankung ADHS passe. Aktuell werde die Arbeitsfähigkeit auf maximal 20 % eingeschätzt, längerfristig wäre eventuell ein Pensum von 30 % (verteilt auf mehrere Halbtage pro Woche) denkbar.

**3.4** Mit Blick auf die hiervor wiedergegebenen medizinischen Berichte bleibt fraglich, ob im massgebenden Vergleichszeitraum eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 und E. 3.1 hiervor). Insbesondere genügt hierzu die von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Neuanschuldung geltend gemachte neue Diagnose einer ADS/ADHS (act. II 80) für sich alleine nicht (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12), zumal sie nach Ansicht der behandelnden Ärzte bereits lange vor dem Referenzzeitpunkt vom 6. September 2012 (act. II 75) bestanden haben soll (act. II 89 S. 2, 116 S. 4; vgl. auch act. III Fasz. 1 [29. Verlauf]), damit im Verhältnis zum psychiatrischen Gutachten des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 19. Juni 2012 (act. II 67.1) bloss eine unterschiedli-

che Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes darstellt, und darüber hinaus im Verlaufsgutachten von PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2018 grundsätzlich überzeugend ausgeschlossen worden ist (act. II 100.1 S. 23). Hospitalisationen fanden nach der rechtskräftigen Verfügung vom 6. September 2012 (act. II 75) keine mehr statt, der Gutachter PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vermochte auf Rückfrage der Verwaltung (act. II 104) den retrospektiven Verlauf jedoch nicht mehr vollständig zu rekonstruieren (act. II 106). Letztlich kann offen bleiben, wie es sich damit verhält, da sich im Ergebnis – wie nachfolgend dargelegt – selbst bei einer freien Anspruchsprüfung unter der Prämisse eines gegebenen Neuanmeldungsgrundes (vgl. E. 2.6 hiavor) nichts änderte.

**3.5** Das psychiatrische Gutachten des PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 5. Januar 2018 (act. II 100.1) genügt hinsichtlich der erhobenen Befunde und der diagnostischen Beurteilung prinzipiell den von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.4 hiavor). Die im Gutachten vertretene Auffassung, wonach eine rezidivierende depressive Störung vorliegt (act. II 100.1 S. 23), korreliert mit dem Vorgutachten (act. II 67.1 S. 12), den Einschätzungen der Klinik H. \_\_\_\_\_ (act. II 14.3 S. 1, 14.3 S. 13, 14.3 S. 15, 19 S. 2), der psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ (act. II 52 S. 4), der behandelnden Psychiaterin Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (act. II 14.2 S. 2, 27 S. 2, 52 S. 1) sowie der psychiatrischen Dienste des Spitals F. \_\_\_\_\_ (act. II 89 S. 2; act. III unpag.), wobei der Schweregrad dieser affektiven Störung im Verlauf schwankend war und Vorbehalte bezüglich der vom Gutachter angenommenen Ausprägung bestehen (vgl. E. 4.2.1.1 hiernach). Ob daneben noch eine ADS/ADHS besteht (act. II 89 S. 2, 116 S. 4; Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4 S. 2), ist letztlich nicht entscheidend, da in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund, der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen massgebend sind (SVR 2018 IV Nr. 76 S. 251 E. 4.2). Das Gutachten erlaubt – insbesondere mit den gerichtlich edierten Akten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Standardindikatoren.

#### 4.

**4.1** Die klassifikatorischen Vorgaben im Zusammenhang mit der rezidivierenden depressiven Störung (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 176 ff.) sind grundsätzlich erfüllt. In der psychometrischen Testung ergaben sich zwar Anhaltspunkte für eine Beschwerdeverdeutlichung (Cut-Off-Wert im SFSS [Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome] überschritten [act. II 100.1 S. 16]), bedeutende Aggravationstendenzen wurden jedoch ausgeschlossen (act. II 100.1 S. 17, S. 21 Ziff. 4, S. 26 Ziff. 1). Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen hat (vgl. E. 2.2.3 hiervor).

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

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

**4.2.1.1** 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.). Die diagnoserelevanten Befunde und Symptome waren im Explorationszeitpunkt – entsprechend der gestellten Diagnose – deutlich ausgeprägt. Die Beschwerdeführerin präsentierte sich in einer schwergradigen depressiven Verstimmung und mit depressiv-melancholischer Psychomotorik (act. II 100.1 S. 11), was sich in den Testergebnissen widerspiegelte (act. II 100.1 S. 12 ff.). Der Gutachter PD Dr. med. E. \_\_\_\_\_ stützte sich indes hauptsächlich auf die subjektiven Angaben der Explorandin, zudem handelt es sich bei den psychometrischen Tests um reine Selbstbeurteilungsskalen. Es besteht eine Diskrepanz zwischen der angenommenen gegenwärtig schweren depressiven Episode – in welcher es gemäss klinisch-diagnostischen Leitlinien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.],

a.a.O., S. 174 und 179) sehr unwahrscheinlich ist, dass ein Patient in der Lage ist, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen – und dem Freizeitverhalten der Beschwerdeführerin (vgl. E. 4.3.1 hiernach). Dieser Widerspruch wurde durch den Gutachter nicht nachvollziehbar aufgelöst, wobei auch unklar ist, ob er überhaupt umfassende Kenntnis vom Ausmass der Freizeitaktivitäten hatte. Er erachtete die Fähigkeiten des täglichen Lebens (ADL-Fähigkeiten) als vollumfänglich erhalten (act. II 100.1 S. 22), stellte die Tagesaktivitäten aber nicht detailliert dar. Immerhin ging er retrospektiv bzw. prognostisch von sich wiederholenden Perioden mit partieller Besserung (reduzierte Depressivität bzw. Teilremission) aus, wobei er sinngemäss angab, in diesen Phasen verbleibe jeweils eine gewisse Residualsymptomatik, die schwerer wiege als eine blossе Dysthymie (act. II 100.1 S. 23, S. 26 Ziff. 3; vgl. auch S. 25 Ziff. 7). Vor diesem Hintergrund ist die Momentaufnahme im Rahmen der Begutachtung jedenfalls insoweit zu relativieren, als für den hier relevanten Zeitraum bis August 2018 die diagnoserelevanten Befunde nicht durchgängig schwergradig ausgeprägt waren. Die Beschwerdeführerin gab gegenüber den behandelnden Ärzten des Spitals F. \_\_\_\_\_ im März 2016 denn auch an, sie habe das Gefühl, dass es ihr fast zu gut gehe, um eine IV-Leistung beziehen zu können (act. III Fasz. 1 [Triagebogen/Anmeldung vom 17. März 2016]). Seitens des Spitals F. \_\_\_\_\_ wurde seit Behandlungsbeginn bis im August 2018 echtzeitlich und ununterbrochen – auch im Zeitpunkt der Begutachtung – eine bloss leichtgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert (act. III Fasz. 1-3; erst ab 23. August 2018 – mithin kurz vor Verfügungserlass [act. II 117] – wurde neu eine mittelgradige Episode festgehalten).

**4.2.1.2** 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.). Diesbezüglich kann festgestellt werden, dass eine Unfähigkeit zur Therapieadhärenz von keiner Seite postuliert worden ist und eine Therapieresistenz angesichts der offenen Therapieoptionen (act. II 100.1 S. 24, S. 28) bisher nicht eingetreten ist.

**4.2.1.3** Die bisherigen Kriterien der "psychiatrischen Komorbidität" und "körperlichen Begleiterkrankung" wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen (bzw. psychischen) Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Bei fehlenden somatischen Beeinträchtigungen und gutachterlich verneinter ADS-Diagnose (act. II 100.1 S. 23) bestehen keine Komorbiditäten und damit auch keine Wechselwirkungen. Selbst wenn eine ADS/ADHS vorläge, wäre nicht ausgewiesen, dass eine Komorbidität besteht, welche durch ihre Wechselwirkung in der Gesamtbetrachtung der Beschwerdeführerin Ressourcen raubt. Auf den Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 19. Juli 2018 (act. II 116 S. 4), welcher eine relevante Komorbidität postuliert, kann jedenfalls von vornherein nicht abgestellt werden, wurde er doch von einer Oberärztin ohne Facharzttitel visiert und im Austausch mit Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ korrigiert/ergänzt (act. III Fasz. 3 [Verlauf vom 6. und 7. August 2018]).

**4.2.2** Dafür, dass der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegenstünde, bestehen keine Anhaltspunkte (act. II 100.1 S. 21 Ziff. 7).

**4.2.3** 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. So ist die Beschwerdeführerin seit 2006 mit einem Mann freundschaftlich verbunden, den sie besucht und mit dem sie auch Ferien verbringt (act. II 100.1 S. 8; vgl. auch act. II 67.1 S. 9), es besteht im sozialen Nahraum guter Kontakt (act. II 100.1 S. 21 Ziff. 8), insbesondere zu den Eltern und den eigenen Kindern (act. II 100.1 S. 22 Ziff. 5). Die Beschwerdeführerin pflegt weiter regelmässigen Kontakt mit anderen Hundebesitzern (act. III Fasz. 1 [Erstbeurteilung vom 14. April 2016]) und bezeichnet sich als gut integriert bei Freundinnen (act. III Fasz. 1 [13. Verlauf]). Sie hat eine enge Beziehung zu den Kindern und der Mutter des verstorbenen Nachbarn (act. III Fasz. 3 [Konsultation vom 30. April 2018]).

**4.3** Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303).

**4.3.1** Es besteht eine ungleichmässige *Einschränkung des Aktivitätsniveaus in den verschiedenen vergleichbaren Lebensbereichen* (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Die Beschwerdeführerin konnte vom 1. Juni 2014 bis 30. Mai 2015 für 18 Stunden wöchentlich bzw. stundenweise als Kinderbetreuerin arbeiten (act. II 84 S. 2, 103 S. 4 Ziff. 3.2; act. IIIB 101 Ziff. 5, 114 Ziff. 5, 126 f.) und schreibt sporadisch als freie Journalistin für die K.\_\_\_\_\_ Berichte (act. II 84 S. 2, 103 S. 3 Ziff. 3.2; act. IIIB 8 Ziff. 1 Lemma 3, 18, 87 Ziff. 5; vgl. auch www.....ch, Rubrik: Kontakt/Team Lokal-korrespondenten). Sie kann sich bloss vorstellen, ohne zeitlichen Druck, ohne bestimmte zeitliche Ziele oder Vorgaben – am besten in Heimarbeit – erwerbstätig zu sein (act. II 100.1 S. 10). Dies steht im deutlichen Widerspruch zu ihrem Freizeitverhalten, welches auf bedeutende Ressourcen rückschliessen lässt. Die Beschwerdeführerin betreibt eine Hunde- und Katzenzucht und beherbergt bei sich zuhause zahlreiche Tiere (gemäss Kontrollprotokoll des Veterinärdienstes vom 14. Januar 2014 [act. IIIB 134 f.]: ein Collie, acht Chihuahuas, fünf Katzen, sechs Kaninchen, eine Schildkröte, div. Fische, ein Sittich, zwei Rennmäuse; gemäss Gutachten ein Collie und acht Chihuahuas [act. II 100.1 S. 8]; gemäss Kontrollbericht vom 6. Oktober 2017 [act. III Fasz. 2]: vierzehn Hunde, sieben Welpen, acht Katzen, sechzehn Kaninchen, zwei Laufenten, mehrere Fische). Zudem ... sie für ein ... im ..., hat gerne Handarbeit, strickt regelmässig und betreut ihre Enkelkinder, wofür sie bei Terminkollisionen auch Therapiesitzungen absagt (act. III Fasz. 2 [E-Mail vom 19. Dezember 2017]) und grössere Distanzen mit dem Auto zurücklegt (z.B. act. IIIB 60 Ziff. 1 Lemma 4, 84 Ziff. 2 Lemma 3; act. IIIC Krankengeschichte S. 9). Die Betreuung der (Enkel-)Kinder mache ihr Spass, sei aber auch anstrengend (act. III Fasz. 3 [30. Verlauf]). Sie betreute auch schon die Kinder der Nachbarin (act. III Fasz. 3 [32. Verlauf]) und half 2017 und 2018 beim J.\_\_\_\_\_ bei der Durchführung der ... (act. III Fasz. 3 [E-Mail vom 21. August 2018]). Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie führe die Hunde nur einmal pro Monat während fünfzehn Minuten auf einen Spaziergang und diese könnten sich selbst im Garten versäubern (Beschwerde S. 7 Ziff. 23). Dies wi-

derspricht der eigenen Aussage gegenüber dem Veterinärdienst, wonach die Hunde täglich ausgeführt würden (act. III Fasz. 2 [Kontrollbericht vom 6. Oktober 2017]). Selbst wenn die Behauptung in der Beschwerde zutreffen sollte – was dahingestellt bleiben kann –, könnte dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie sich sehr wohl aktiv mit ihren Hunden beschäftigt, muss sie diese doch regelmässig verpflegen (Art. 4 der Tierschutzverordnung vom 23. April 2008 [TSchV; SR 455.1]) und sie absolviert gemäss ihrem Internetauftritt (www.....ch, Rubrik: Über mich [zuletzt besucht am 8. Februar 2019]) beispielsweise jeden Freitag ein .... Die Beschwerdeführerin nannte die Hundezucht selbst als Ressource, die Versorgung der Hunde gäbe ihr eine gewisse Struktur (act. III Fasz. 1 [Triagebogen/Anmeldung vom 17. März 2016]).

**4.3.2** Die *Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen* (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) spricht angesichts der Therapiefrequenz der ambulanten Behandlung (act. II 100.1 S. 8; Beschwerde S. 5 Ziff. 14) für einen geringen Leidensdruck. Dass die Beschwerdeführerin in einer Region lebt, in der es weder niedergelassene Fachärzte noch delegierte Psychotherapeuten gibt und ihre Verkehrsfähigkeit sehr eingeschränkt sein soll (Beschwerde S. 5 Ziff. 14; act. I 4 S. 2), trifft nicht zu. Das Spital F. \_\_\_\_\_ betreibt über ihre psychiatrischen Dienste seit 2012 auch in der Wohngemeinde der Beschwerdeführerin ein Ambulatorium, wo sie sich seit April 2016 denn auch behandeln liess (act. II 89, 116; act. III unpag.). Zudem ist die Beschwerdeführerin sehr wohl im Stande, längere Strecken mit dem Auto – z.B. zu ihrer Tochter bzw. ihren Enkeln – zurückzulegen (act. II 103 S. 8 Ziff. 6.4, S. 12 f. Ziff. 7.2; Beschwerde S. 7 Ziff. 23, S. 8 f. Ziff. 27).

**4.4** In der Gesamtbetrachtung fehlt es am erforderlichen funktionellen Schweregrad der diagnostizierten depressiven Störung. Vor diesem Hintergrund ist auf die ärztlicherseits aus rein medizinischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Optik nicht abzustellen.

**4.5** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin zu Recht mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens abgewiesen hat. Die Verfügung vom 30. August 2018 (act. II 117) ist folglich nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

## **5.**

**5.1** 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.

Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege (E. 5.3 hiernach) – der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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

**5.3.1** Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (act. I 3; act. IIIA Fasz. 3). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverbeiständung ist zu bejahen. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin ist demnach gutzuheissen. Somit ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien. Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_.

**5.3.2** Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Stundenansatz amtlicher Anwältinnen und Anwälte gemeinnützig tätiger Rechtsberatungsstellen unter Beachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.3 S. 3; SVR 2010 IV Nr. 3 S. 6 E. 5.4) auf Fr. 130.-- festgesetzt. Dieser allgemeingültige pauschalisierte Stundenansatz wird im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter [www.justice.be.ch](http://www.justice.be.ch)).

Mit Kostennote vom 11. Februar 2019 macht Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ einen Aufwand von 10 Stunden sowie Auslagen von Fr. 50.-- geltend, was nicht zu beanstanden ist. Dementsprechend wird das amtliche Honorar auf Fr. 1'300.--, zuzüglich Auslagen von Fr. 50.-- sowie die Mehrwertsteuer von Fr. 103.95 (7.7 % auf Fr. 1'350.--), somit total auf Fr. 1'453.95 festgesetzt und Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'453.95 festgesetzte Ent-

schädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

5. Zu eröffnen (R):

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

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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