

200 18 792 IV
FUR/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. März 2019

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. September 2018



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), zuletzt im Umfang eines 60%-Pensums als ... erwerbstätig, meldete sich im Juli 2014 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf eine Depression sowie eine „Sehbeeinträchtigung nach OP“ zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin] [act. II] 2; 12; 86 S. 2). Die IVB tätigte erwerbliche Abklärungen, holte Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Akten des Krankentaggeldversicherers ein und veranlasste in der B. _____ (MEDAS) eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 17. Februar 2016 [act. II 58.1 ff]). In der Folge qualifizierte Dr. med. C. _____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), das psychiatrische MEDAS-Teilgutachten als „weder inhaltlich schlüssig noch fachlich korrekt und nicht nachvollziehbar“ (act. II 61 S. 7), woraufhin die IVB bei Dr. med. C. _____ eine psychiatrische Untersuchung veranlasste (Untersuchungsbericht vom 4. Februar 2018 [act. II 81]). Mit Vorbescheid vom 21. Februar 2018 (act. II 90) stellte die IVB der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens mit der Begründung in Aussicht, es liege keine Invalidität im rechtlichen Sinne vor. Dagegen erhoben die Versicherte mit einem von ihr sowie u.a. von den behandelnden Therapeuten (vgl. Eingabe vom 20. November 2018) der Klinik D. _____ gemeinsam unterzeichneten Schreiben Einwand (act. II 93 S. 1 f.), worauf die IVB bei Dr. med. C. _____ eine Stellungnahme einholte (act. II 96). Mit Verfügung vom 25. September 2018 (act. II 97) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Mit Eingabe vom 26. Oktober 2018 erhob die Versicherte Beschwerde. Sie stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung vom 25. September 2018 sei aufzuheben.

2. Es seien mir alle gesetzlichen IV-Leistungen zuzusprechen.
3. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten zur Klärung meiner Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in Auftrag zu geben.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der IV-Stelle des Kantons Bern.

Mit Schreiben vom 5. November 2018 beantragte die Beschwerdeführerin unentgeltliche Rechtspflege.

Am 8. November 2018 reichte die Klinik D. _____ eine als „Bericht Einwand gegen IV-Bescheid vom 25.09.2018“ betitelte und u.a. von den behandelnden Therapeuten unterzeichnete Eingabe ein. Mit weiterem Schreiben vom 20. November 2018 teilten diese dem Gericht mit, die Beschwerdeführerin nicht zu vertreten.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Januar 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig reichte sie eine weitere Stellungnahme vom 8. Januar 2019 der RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ zu den Akten (act. II 109).

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. Januar 2019 stellte die Instruktionsrichterin die Beschwerdeantwort und die Stellungnahme des RAD der Beschwerdeführerin zur Einreichung einer allfälligen Replik zu. Die Beschwerdeführerin liess sich in der Folge nicht vernehmen.

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 Staats-

anwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

Entgegen den missverständlichen Ausführungen in der Eingabe vom 6. November 2018 („Wir halten an der Beschwerde vom 25.10.2018 fest“ [act. II 105 S. 2]) fungieren die behandelnden Therapeuten der Klinik D._____ im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht als Vertreter der Beschwerdeführerin (vgl. Eingabe der Klinik D._____ vom 20. November 2018).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. September 2018 (act. II 97). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV.

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 Behand-

lung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

3.

3.1 Bei Erlass der – zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 25. September 2018 (act. II 97; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Vom ... bis ... 2014 (vgl. act. II 22 S. 1) war die Beschwerdeführerin in den psychiatrischen Diensten E._____ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 1. Juli 2014 (act. II 10.2 S. 2 ff.) wurde eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) diagnostiziert (S. 2). Die Krisensituation sei ein Jahr, nachdem sie sich an einen Missbrauch in der frühen Kindheit (als Dreijährige im Rahmen eines Spitalaufenthalts) erinnert habe, eingetreten. Die Erinnerung sei im Rahmen einer gynäkologischen Abschlussuntersuchung nach Hysterektomie (Sommer 2013 [S. 2; act. II 45]) aufgekommen. Die Gynäkologin habe ihr einen Termin mitgegeben zur Therapie, seither erfolge eine ambulante psychotherapeutische Behandlung in der Klinik D._____ bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) nach Miss-

brauch im 3. Lebensjahr und mittelgradig depressiver Episode. Weiterhin habe seit sieben Jahren eine Doppelbelastung bestanden, die Beschwerdeführerin habe eine Arbeit im ... zu 60% ausgeübt und sei bei der Arbeit gemobbt worden. Abends und in ihrer Freizeit habe sie sich um ihre Eltern gekümmert, bei denen sie lebe. Ebenfalls vor einem Jahr sei bei ihrem Vater Morbus Parkinson diagnostiziert worden. Sie habe zwar Kollegen gehabt, aber kaum Zeit für sich. Sodann habe sie eine neue Arbeit als ... in ihrem erlernten Beruf begonnen. Als man ihr gesagt habe, sie habe die Probezeit bestanden, sei innerlich alles zusammengebrochen. So habe sie in den letzten Tagen vor Eintritt in die psychiatrischen Dienste E. _____ verstärkt den Drang gespürt, mit dem Auto von der Strasse abzukommen und einen Fels hinunter zu stürzen. Sie habe sich jedoch selbst stets davon abhalten können. Sie habe berichtet, keine akuten Suizidgedanken oder -pläne zu haben und sich bei Aufkommen der Gedanken beim Pflegepersonal zu melden. Sie sei hier, um sich helfen zu lassen (act. II 10.2 S. 3).

3.1.2 Vom bis ... 2014 erfolgte eine stationäre Behandlung in der Klinik D. _____. Im Austrittsbericht vom 29. Juli 2014 (act. II 28 S. 15 - 19) wurde in psychischer Hinsicht eine PTBS (ICD-10 F43.1) und eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) diagnostiziert (S. 15). Bei Eintritt habe sich ein ängstlich-depressives Zustandsbild gezeigt. Sozialdienstlich seien eine IV-Anmeldung zur beruflichen Wiedereingliederung mit Erhaltung des Arbeitsplatzes und eine Sozialhilfeanmeldung gemacht worden. Ebenso sei die Beschwerdeführerin für eine betreute Wohnsituation mit intensiver sozialpädagogischer und therapeutischer Begleitung angemeldet worden. Sie sei zurzeit mit dem Alleine wohnen überfordert (S. 16). Die Beschwerdeführerin sei am 30. Juli 2014 in unverändertem Zustand und frei von Suizidalität für einen Eintritt in die Klinik F. _____ entlassen worden (S. 17).

3.1.3 Vom ... bis ... 2014 erfolgte eine Hospitalisation in der Klinik F. _____. Im Austrittsbericht vom 18. November 2014 (act. II 28 S. 10 - 14) wurde festgehalten, bei der Beschwerdeführerin liege (neben einer Dysthymie [S. 10]) eine komplexe PTBS mit vor allem konstruktiver Symptomatik vor. Eine Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (S. 13).

Vom ... bis ... 2015 erfolgte eine zweite Hospitalisation in der Klinik F. _____. Im Austrittsbericht vom 27. Juli 2015 (act. II 36 S. 1 - 5) wurde

festgehalten, die Beschwerdeführerin habe sich im Rahmen der begleiteten Wohnform gut eingelebt und würde sich nun auch wohl fühlen. Seit Ende letzten Jahres sei es zu einer zunehmenden psychischen Verschlechterung mit Suizidalität gekommen aufgrund von neuen Erinnerungen, Gefühlen und Reaktionsweisen, die sie irritiert hätten. Zum Zeitpunkt des Eintrittes habe sich die Beschwerdeführerin von akuter Suizidalität distanziert und sei absprachefähig gewesen (S. 2). Bei der Beschwerdeführerin liege eine komplexe PTBS mit depressiver Komorbidität und konstruktiver Symptomatik vor. Es bestehe nach wie vor eine posttraumatische Symptomlast. Gemäss Mini-ICF beständen in den Bereichen Fähigkeit zur Planung und Strukturierung einer Aufgabe, Flexibilität der Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen und Verkehrsfähigkeit mittelgradige bis schwere Beeinträchtigungen, welche zu einer deutlich reduzierten Belastbarkeit führten und am Arbeitsplatz gravierende interaktionelle Schwierigkeiten erwarten liessen, weshalb die Beschwerdeführerin weiterhin nicht arbeitsfähig sei (S. 4).

3.1.4 Im MEDAS-Gutachten vom 17. Februar 2016 (act. II 58.1 ff.) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 10):

Mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

PTBS

Anhaltende mindestens mittelschwere Depression

Ohne wesentliche Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

Ophthalmologische Diagnosen:

- beidseits: Störende Aniseikonie und Fixationsdisparität bei Anisomyopie und Hornhautastigmatismus
- links: Status nach Pars-Plana-Vitrektomie mit Membranpeeling am ... 2012 bei Makulaforamen
- Status nach Kataraktoperation einer Cataracta complicata am ... 2013

Adipositas (BMI 30) mit Hyperlipidämie

Anamnestisch Restless legs-Syndrom

In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, aus rein ophthalmologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin als ... zu 100% arbeitsfähig (S. 9). Sodann bestätigte der psychiatrische Gutachter die bekannten Diagnosen ei-

ner PTBS und einer anhaltenden mindestens mittelschweren Depression, welche aus aktueller Sicht eine wahrscheinlich bleibende vollständige Arbeitsunfähigkeit bedingen. Im Weiteren nehme er ausführlich zu den „Indikatoren“ Stellung: Der Schweregrad der genannten Gesundheitsschädigungen sei massiv. Es liege eine schwere Persönlichkeitsstörung vor. Die Beschwerdeführerin brauche zurzeit dauernd Pflege und Betreuung. Bezüglich „Konsistenz“ stelle er fest, dass die Störung alle Lebensbereiche umfasse. Die Arbeitsfähigkeit werde somit allein durch die psychiatrischen Erkrankungen massiv eingeschränkt (S. 10). Die Beschwerdeführerin sei seit Mai 2014 (S. 11) sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... als auch bezüglich sämtlicher Verweistätigkeiten aus psychiatrischen Gründen nicht mehr arbeitsfähig (S. 10).

3.1.5 Im Untersuchungsbericht vom 4. Februar 2018 (act. II 81) stellte die RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ die folgenden Diagnosen (S. 30):

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- keine

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Adipositas Grad II (BMI 31.6 kg/m²); laborchemisch leichtgradige Cholesterin- und Triglycerid- Erhöhung
- Hysterektomie 6/2013 anamnestisch wegen eines Myoms
- Stammvarikosis beidseits, kein Hinweis auf ein Postthrombotisches Syndrom
- leichtgradig verstärkte BWS-Kyphose und leichtgradige verstärkte LWS-Lordose ohne Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule
- Vitrektomie 7/2012 links und Katarakt-Operation links 9/2013; Nahvisus ohne Brille 100%, ausreichender Fernvisus; im Zeichentest keine Beeinträchtigung des stereoskopischen Sehens oder des Gesichtsfeldes; regelrechte Farbdiskrimination

In der Beurteilung hielt Dr. med. C. _____ fest, weder in den aktenkundigen Berichten noch im psychiatrischen MEDAS-Gutachten hätten die für die Diagnosestellung erforderlichen ICD-10- bzw. DSM-IV/5-Trauma-Diagnosekriterien objektiviert werden können. Es fehlten bis heute der Nachweis des Ereigniskriteriums, der Nachweis einer Reaktivierung als

auch die Zeichen einer vermehrten vegetativen Störanfälligkeit. Auch anlässlich der Untersuchung im RAD lasse sich weder ein Trauma-Äquivalent (kein Ereignis aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmasses) erheben noch fänden sich Zeichen einer vermehrten vegetativen Störbarkeit noch Zeichen einer chronischen Stress-/Disstress-Reaktion, wie sie bei einer invalidisierenden Trauma-Folgestörung zu erwarten wären (S. 28). Sodann seien anlässlich der Untersuchung im RAD weder die ICD-10-Diagnosekriterien einer Dysthymie noch die einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung erfüllt. Vorrangig bestehe bis heute eine Erwartungsangst auf dem Boden einer selbstunsicheren Persönlichkeit (S. 29).

In der Gesamtschau sei die Beschwerdeführerin fähig,

- Arbeiten leichter und mittlerer körperlicher Schwere und gelegentlich schwere Arbeiten,
- ohne Heben und Tragen von dauernd schweren Lasten ohne mechanische Hilfsmittel,
- mit den betriebsüblichen Pausen,
- unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes,
- bis zu einem 100%-Pensum

zu verrichten. Die Beschwerdeführerin werde für fähig erachtet, sowohl ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin in der ... als auch ihre angestammte Tätigkeit als ... bis zu einem 100%-Pensum auszuüben. Dies gelte bereits zum Zeitpunkt des Erstgesuchs vom 30. Juli 2014 (S. 31).

3.1.6 Im als „Einwand zum Vorbescheid vom 21.02.2018“ betitelten Schreiben vom 7. März 2018 (act. II 91 S. 1 f.) hielten die behandelnden Therapeuten der Klinik D._____ fest, bei der Beschwerdeführerin beständen eine komplexe PTBS sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig noch mittelgradige Episode (F33). Die Beschwerdeführerin sei seit 2014 anhaltend und ohne Unterbrechung zu 100% arbeitsunfähig. Sie sei seither in permanenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Zudem werde sie sechsmal pro Woche von einer psychiatrischen Spitex aufgesucht. Sie sei auf die Begleitung ihres Hundes im Alltag angewiesen, ansonsten sei die Wahrscheinlichkeit für schwere dissoziative Zustände sehr hoch. Mit der aktuellen Therapie sei es für die Beschwerdeführerin einigermaßen möglich, ihren

Alltag zu strukturieren. Dazu benötige sie jedoch all ihre Kraft und Ressourcen. Eine Rückkehr in den 1. Arbeitsmarkt sei ihr hingegen nicht möglich (S. 1). Die letzte IV-Begutachtung bei Dr. med. C. _____ im Jahr 2016 (insgesamt 8 Stunden) habe sie als sehr schwierig und überfordernd empfunden. Die erneute Untersuchungsaufforderung für den 1. Dezember 2017 habe mehrere Panikattacken ausgelöst. Es sei deshalb nicht möglich gewesen, an der Untersuchung teilzunehmen. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin jedoch sehr motiviert und aktiv an ihrem Therapieprozess beteiligt und grundsätzlich bereit, sich erneut – unter beschützten Bedingungen („Begleitung oder Untersuchung in unserer Klinik“) – einer Begutachtung zu stellen (S. 2).

Mit weiterem, im Beschwerdeverfahren eingereichtem „Bericht Einwand gegen IV-Bescheid vom 25.09.2018“ der Klinik D. _____ vom 6. November 2018 (act. II 105 S. 2 ff.) wurden (in psychiatrischer Hinsicht) die folgenden Diagnosen festgehalten (S. 12 f.):

1. Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6)
2. PTBS (ICD-10 F43.1)
3. Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (ICD-10 F44.9)
4. Körperdysmorphie Störung (ICD-10 F45.2)
5. Anhaltende mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1)

Gesamthaft liege bei der Beschwerdeführerin ein komplexes psychiatrisches Zustandsbild vor, welches das alltägliche Leben seit Jahren stark beeinflusse und beeinträchtige. Eine Rückkehr in das Erwerbsleben sei undenkbar (S. 21).

3.1.7 In der Stellungnahme vom 8. Januar 2019 (act. II 109 S. 2 ff.) zum Bericht der Klinik D. _____ vom 6. November 2018 hielt Dr. med. C. _____ fest, das im Untersuchungsbericht vom 4. Februar 2018 formulierte qualitative und quantitative Leistungsprofil habe weiterhin Gültigkeit (S. 7).

3.2 Zunächst ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin unter den gegebenen Umständen befugt war, nach dem Vorliegen des polydisziplinären, die Fachrichtungen der Allgemeinen Inneren Medizin, Ophthalmologie und Psychiatrie umfassenden MEDAS-Gutachtens vom

17. Februar 2016 (act. II 58.1 ff.) eine weitere (psychiatrische) Untersuchung zu veranlassen:

3.2.1 Die RAD-Ärztin Dr. med. C._____ nahm im Bericht vom 20. April 2016 (act. II 61 S. 2 ff.) insbesondere ausführlich zum psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten vom 28. Dezember 2015 (act. II 58.3) Stellung und erachtete es als weder inhaltlich schlüssig noch fachlich korrekt und nicht nachvollziehbar (act. II 61 S. 7). Namentlich beanstandete sie – wie zuvor bereits in Bezug auf die Berichte der behandelnden Ärzte (vgl. act. II 38 S. 2) – die fehlende Objektivierung der Diagnosekriterien hinsichtlich der postulierten PTBS (fehlender Nachweis des Ereigniskriteriums, fehlender Nachweis einer Reaktivierung, keine Zeichen einer vermehrten vegetativen Störanfälligkeit [act. II 61 S. 6]). Weiter hielt sie fest, die subjektiv erlebte Traumatisierung durch/nach der Gebärmutterentfernung im Jahre 2013 und die geschilderte schwierige Arbeitsplatzsituation erfüllten nicht die ICD-10- bzw. DSM IV/5-Diagnosekriterien eines Traumas. Sodann setze die autobiografische Erinnerung erst zwischen dem dritten und dem vierten Lebensjahr ein, so dass die Erinnerung an ein sogenanntes Trauma in der frühen Kindheit (gemeint ist der von der Beschwerdeführerin während eines Spitalaufenthalts geltend gemachte sexuelle Missbrauch als Dreijährige [vgl. act. II 10.2 S. 3; 105 S. 8]) aus medizinischer Sicht nicht plausibel sei. Ebenso wenig sei anhand des Gutachtens das Vorliegen einer Depression nachvollziehbar (act. II 61 S. 7). Im Weiteren wies Dr. med. C._____ auf Widersprüche hin und kritisierte u.a., das psychiatrische MEDAS-Teilgutachten enthalte weder anamnestiche Angaben zur frühkindlichen Entwicklung noch Angaben zur Persönlichkeitsentwicklung. Es fehlten des Weiteren Angaben zu persönlichkeits-eigenen Denk- und Verhaltensmustern und zu individuellen Stress-/Disstress-Bewältigungsstrategien (S. 6). Auch seien keine Zusatzuntersuchungen, Medikamentenserumspiegelkontrollen und Beschwerdevalidierungsverfahren durchgeführt worden (S. 4). Eine interdisziplinäre Plausibilitätsprüfung sei ebenfalls nicht erfolgt (S. 6).

Diese mannigfaltige Kritik von Dr. med. C._____ ist nachvollziehbar und schlüssig. Insbesondere überzeugt die im psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten postulierte und im Hauptgutachten rezipierte (act. II 58.1

S. 10), im Wesentlichen mit „der aktuellen Betreuungsbedürftigkeit“ begründete und für sämtliche Tätigkeiten (selbst im geschützten Rahmen) attestierte gänzliche Arbeitsunfähigkeit nicht (act. II 58.3 S. 5 f.). Sie lässt sich nicht anhand von schlüssig ausgewiesenen, invalidenversicherungsrechtlich allein massgeblichen krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen nachvollziehen, zumal sich der Gutachter mangels Angaben der Beschwerdeführerin vor allem auf die vorhandenen Akten abstützte (vgl. S. 3 f.). Auch der Verzicht auf Zusatzuntersuchungen (S. 4) fällt unter den gegebenen Umständen erheblich negativ ins Gewicht, wären doch weitere Abklärungen – gerade mit Blick auf die begrenzte Bereitschaft der Beschwerdeführerin zu anamnestischen Angaben sowie in Anbetracht der dennoch postulierten gänzlichen Arbeitsunfähigkeit – dringend indiziert gewesen.

3.2.2 Die Beschwerdegegnerin ist nach Massgabe des Untersuchungsgrundsatzes gehalten, den Sachverhalt soweit zu ermitteln, um über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit befinden zu können. Vorliegend betraf die Abklärung des massgeblichen Sachverhalts insbesondere den psychischen Gesundheitszustand, wurde doch allein insoweit eine (gänzliche) Arbeitsunfähigkeit postuliert (vgl. auch act. II 58.1 S. 10). Das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS erfüllt indes die höchstrichterlichen Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts (vgl. E. 3.3.2 hinten) nicht und eine Ergänzung fiel aufgrund der zahlreichen und teils schwerwiegenden Mängel ausser Betracht, womit eine erneute fachärztliche Untersuchung indiziert war und nicht von einer unzulässigen „second opinion“ gesprochen werden kann (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.3.1 S. 245; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. Februar 2017, 8C_725/2016, E. 5.2.2). Letzteres wird denn auch – zu Recht – nicht geltend gemacht.

3.3

3.3.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander

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

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

3.3.3 Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Zwar sind in solchen Fällen an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229). Allerdings genügt eine abweichende (selbst fach-) ärztliche Meinung allein nicht, um im dargelegten Sinne die Aussagekraft und damit den Beweiswert eines solchen medizinischen Berichts in Frage zu stellen, dies jedenfalls dann nicht, wenn der RAD-Arzt sich damit auseinandersetzt (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Februar 2018, 9C_563/2017, E. 7.3).

3.4 Das ophthalmologische MEDAS-Teilgutachten vom 22. Dezember 2015 (act. II 58.2) erfüllt die beweismässigen Voraussetzungen an einen medizinischen Bericht (vgl. E. 3.3.2 vorne), weshalb darauf abgestellt werden kann. Daran ändert nichts, dass dem psychiatrischen Teilgutachten dem Dargelegten zufolge (vgl. E. 3.2.2 vorne) der Beweiswert

abzusprechen ist (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2). Demnach liegt in somatischer bzw. ophthalmologischer Hinsicht beidseits eine störende Aniseikonie und Fixationsdisparität bei Anisomyopie und Hornhautastigmatismus und links ein Status nach Pars Plana Vitrektomie mit Membranpeeling am ... 2012 bei Makulaforamen sowie ein Status nach Cataract-Operation einer Cataracta complicata am ... 2013 vor. Aus rein ophthalmologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin als ... zu 100% arbeitsfähig (S. 2; act. II 58.1 S. 9), was denn auch unbestritten ist.

3.5 Sodann erfüllt der Bericht der RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ vom 4. Februar 2018 (act. II 81) – einschliesslich ihrer Stellungnahme vom 8. Januar 2019 [act. II 109 S. 2 ff.] – die Voraussetzungen der Rechtsprechung an den Beweiswert ärztlicher Berichte (vgl. E. 3.3.2 vorne). Er beruht auf zwei persönlichen Untersuchungen vom 19. und 23. Dezember 2016 (eine am 1. Dezember 2017 vorgesehene Verlaufsuntersuchung hat die Beschwerdeführerin nicht wahrgenommen bzw. wurde seitens der behandelnden Therapeutin am 30. November 2017 abgesagt [vgl. act. II 105 S. 2]), auf einer umfassenden Erhebung der Befundlage (inklusive Verhaltensbeobachtungen) sowie auf diversen psychometrischen Zusatzabklärungen. Die Darlegungen der RAD-Ärztin sind nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind detailliert und überzeugend begründet. Danach liegt keine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (act. II 81 S. 30).

An dieser Einschätzung ändern die Berichte der behandelnden Ärzte und Therapeuten nichts:

3.5.1 Wie bereits in E. 3.2.1 vorne dargelegt, überzeugt zunächst die Einschätzung der behandelnden Ärzte und Therapeuten sowie des psychiatrischen Teilgutachters der MEDAS, wonach mit Blick auf einen in der Kindheit der Beschwerdeführerin wiederholten sexuellen Missbrauch während eines Spitalaufenthalts (vgl. act. II 105 S. 19) eine (komplexe) PTBS vorliege, in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht nicht:

Gemäss ICD-10 F43.1 setzt eine PTBS voraus, dass sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhn-

licher Schwere aufgetreten ist. Eine „wahrscheinliche“ Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als sechs Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch, und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden (vgl. hierzu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 208 zu F43.1; vgl. auch DIMDI, ICD-10-WHO Version 2018, Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen [F00-F99], [F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung], worin in Bezug auf die Latenz von wenigen Wochen bis Monaten die Rede ist).

Bereits im Untersuchungsbericht vom 4. Februar 2018 (act. II 81) hatte die RAD-Ärztin ausführlich dargelegt, warum vorliegend eine PTBS nicht erstellt bzw. die erforderlichen diagnoserelevanten Kriterien nicht ausgewiesen seien (vgl. S. 28). Nachdem sich die behandelnden Therapeuten der Klinik D. _____ im Bericht vom 6. November 2018 (act. II 105 S. 2 ff.) erneut auf den Standpunkt gestellt hatten, in der Kindheit sei ein wiederholter sexueller Missbrauch während eines Spitalaufenthaltes erfolgt, wobei eine Gebärmutteroperation im Jahr 2013 zu einer Retraumatisierung der erlebten Verlassenheitsgefühle des Spitalaufenthaltes als Kleinkind sowie der sexuellen Traumatisierung geführt habe und dieser gynäkologische Eingriff aus psychologischer Perspektive eine ausgeprägte Stresssituation für die Beschwerdeführerin darstelle (vgl. S. 13 f., 19 f.), legte die Beschwerdegegnerin das Dossier Dr. med. C. _____ abermals zur Beurteilung vor. In ihrer Stellungnahme vom 8. Januar 2019 (act. II 109 S. 2 ff.) hielt die RAD-Ärztin hierzu fest, die autobiografische Erinnerung setze erst zwischen dem 3. und dem 4. Lebensjahr ein, so dass die geltend gemachte Erinnerung an einen sexuellen Übergriff als Dreijährige medizinisch nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Weiter sprächen die Berufswahl und das Berufsfeld der Beschwerdeführerin einschliesslich ihrer Arbeit mit Drogenkranken und mit geistig behinderten Menschen gegen die behauptete Vermeidung „traumaassoziierter Reize“, so dass weder das behauptete Trauma noch die PTBS als medizinisch objektiv gesichert betrachtet werden könnten. Zudem spreche gegen die vorgebrachte Reaktivierung eines Traumas aus der frühen Kindheit mit Auswirkung auf das

berufliche Leistungsvermögen als Erwachsene in fortgeschrittenem Alter die lange zeitliche Latenz (47 Jahre) und auch die Inadäquanz des geltend gemachten „traumatischen“ Ereignisses im Jahr 2013 (Routineeingriff). Schliesslich spreche gegen das Vorliegen einer (chronischen) Trauma-Folgestörung und einer leistungsrelevanten psychiatrischen Störung mit chronischem Verlauf das Fehlen klinischer wie laborchemischer Zeichen einer chronischen Stress-/Disstress-Reaktion, die verinnerlichten erfolgreichen Kontrollstrategien sowie die normale kognitive Leistungsfähigkeit (S. 5).

Nachdem das konstitutive Diagnosekriterium eines traumatisierenden Ereignisses mit Dr. med. C._____ und in der Folge auch in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht in Anbetracht der überaus langen Latenz sowie des Fehlens jeglicher aktenkundiger Hinweise auf das geltend gemachte Trauma unter den gegebenen Umständen nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt ist (vgl. Entscheid des BGer vom 26. Juni 2013, 9C_228/2013, E. 4.1.3), ist der gegenteiligen Einschätzung im Bericht der Klinik D._____ (sowie in den übrigen Berichten der behandelnden Ärzte und Therapeuten [vgl. E. 3.1.1 ff.]) die Grundlage entzogen. Dies umso mehr, als auch im Bericht der Klinik D._____ vom 6. November 2018 eingeräumt wird, dass eine Traumakonfrontation bisher nicht stattgefunden habe und es „nicht ganz klar“ sei, „ob wichtige Aspekte des Traumas nicht erinnerbar“ seien (act. II 105 S. 15). Zwar haben die behandelnden Therapeuten – anders als Dr. med. C._____ – die grundsätzliche Erinnerungsfähigkeit des geltend gemachten sexuellen Missbrauchs mit dem Hinweis, wonach dieser zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr erfolgt sei, zumindest implizit bejaht. Indessen hat Dr. med. C._____ – wie hiavor dargelegt – das Vorliegen einer leistungsrelevanten psychischen Störung, so auch einer PTBS, unter Hinweis auf zahlreiche weitere Feststellungen verneint und ihre Einschätzung soweit als möglich objektiviert und plausibilisiert. Hierzu wurden im Bericht der Klinik D._____ vom 6. November 2018 jedoch keine Aspekte ins Feld geführt, welche (auch nur geringe) Zweifel an der RAD-ärztlichen Einschätzung aufkommen liessen. Vielmehr haben die behandelnden Therapeuten der Klinik D._____ für die Begründung der Diagnose und der daraus abgeleiteten Beeinträchtigungen letztlich allein auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abge-

stellt (vgl. act. II 105 S. 13 - 17) und diese ohne versicherungsmedizinische Diskussion übernommen, was (invalidenversicherungsrechtlich) nicht genügt.

3.5.2 Sodann wurde im Bericht der Klinik D. _____ vom 6. November 2018 (act. II 105 S. 2 ff.) erstmals eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) diagnostiziert (S. 12). Dr. med. C. _____ hielt im Untersuchungsbericht vom 4. Februar 2018 (act. II 81) fest, bei der Beschwerdeführerin zeige sich sowohl eine ängstlich-selbstunsichere Persönlichkeit mit einer Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und Zurücksetzung als auch eine abhängige Persönlichkeit mit dem Appell an die Hilfe anderer bezüglich eigener Lebensentscheidungen. Sie habe jedoch ihre individuellen Kompensationsstrategien zur Reduktion von Selbstunsicherheit und Ängsten (hohe Kontrollbestrebungen, hohe Leistungsbereitschaft bei hoher intrinsischer Motivation, Zweckverhalten, Einfordern sozialer Unterstützung) entwickelt und modifiziert (S. 28). Die Beschwerdeführerin sei sich ihrer Denk- und Verhaltensmuster bewusst und könne sie, wie sie anlässlich der Untersuchung im RAD zeige, willentlich kontrollieren und modifizieren. Keines der Persönlichkeitsmerkmale erreiche klinisch eine krankheitswertige Ausprägung (S. 29). In der Stellungnahme vom 8. Januar 2019 (act. II 109 S. 2 ff.) hielt die RAD-Ärztin denn auch fest, es bestehe zwar insoweit eine diagnostische Übereinstimmung mit den behandelnden Therapeuten (S. 4), jedoch seien die Diagnosekriterien gemäss ICD-10 für eine Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt (S. 5). Diese Einschätzung, welche mit den Feststellungen im Untersuchungsbericht vom 4. Februar 2018 übereinstimmt (act. II 81 S. 26), überzeugt – insbesondere mit Blick auf die unauffällige Ausbildungs- und Erwerbsbiographie. Indem die Beschwerdeführerin gemäss der RAD-Ärztin sodann hinsichtlich ihrer Denk- und Verhaltensmuster über Copingstrategien verfügt (act. II 109 S. 5), ist eine rechtlich relevante Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens respektive eine Arbeitsunfähigkeit auch insoweit nicht gegeben.

3.5.3 Im Weiteren hat Dr. med. C. _____ auch die übrigen, im Bericht der Klinik D. _____ vom 6. November 2018 ins Feld geführten Diagnosen mit überzeugender Begründung verneint: Es betrifft dies zunächst die geltend gemachte anhaltende depressive Störung (vgl. act. II 105 S. 13) –

in den Berichten der behandelnden Ärzte und Therapeuten zunächst noch als Dysthymie klassifiziert (vgl. act. II 10.2 S. 2; 28 S. 15). Zwar stellte auch die RAD-Ärztin eine unterschwellig ängstlich-misstrauische Grundstimmung fest (vgl. act. II 81 S. 21; 109 S. 6), wies jedoch mit ausführlicher Begründung darauf hin, dass weder die ICD-10-Kriterien der Dysthymie noch jene einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung erfüllt seien (act. II 81 S. 29; 109 S. 6), was denn auch anhand des im Untersuchungsbericht differenziert und detailliert erhobenen psychischen Befundes nachvollziehbar ist (act. II 81 S. 20 f., insbesondere S. 21 oben).

Gleiches gilt hinsichtlich der übrigen, im Bericht der Klinik D._____ vom 6. November 2018 (act. II 105 S. 2 ff.) erstmals gestellten Diagnosen einer nicht näher bezeichneten dissoziativen Störung (ICD-10 F44.9) und einer körperdysmorphen Störung (ICD-10 F45.2 [S. 12]): Abgesehen davon, dass Dr. med. C._____ anhand der von ihr erhobenen psychiatrischen Befunde keine Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) stellen konnte, stellte sie im Rahmen ihrer Begutachtung insbesondere fest, dass während der fünfstündigen Leistungssituation mit situativ wechselnden Anforderungen keine Konzentrationseinbrüche und keine Zeichen einer vorzeitigen (krankhaften) psychischen und/oder physischen Erschöpfung zu verzeichnen waren, mithin keine Anzeichen für eine Einschränkung des – invalidenversicherungsrechtlich allein massgebenden – funktionellen Leistungsvermögens bestanden (vgl. act. II 109 S. 6). Diesen von Dr. med. C._____ beruhend auf der Befundlage, den Verhaltensbeobachtungen sowie den diversen, von der Beschwerdeführerin jeweils problemlos bewältigten psychometrischen Zusatzuntersuchungen getroffenen Feststellungen, stellen die behandelnden Therapeuten der Klinik D._____ im Wesentlichen allein ihre Einschätzung gegenüber, die Beschwerdeführerin sei in der Alltagsbewältigung deutlich beeinträchtigt, was anhand des Mini-ICF-Ratings für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen deutlich und auch durch die notwendige, sehr hochfrequente Begleitung seitens der Psychiatriespitex belegt werde (vgl. act. II 105 S. 20). Diese u.a. auf einem Zirkelschluss beruhende Beweisführung vermag jedoch die gegenteiligen Schlussfolgerungen, welche Dr. med. C._____ basierend auf eigenen, im Rahmen einer konkreten Leistungssituation gemachten Beobachtungen gezogen hat, nicht in Frage zu stellen.

3.5.4 Schliesslich hat Dr. med. C. _____ auch auf die bei der Beschwerdeführerin vorhandenen Ressourcen (hohe intrinsische Motivation [Ehrgeiz], höheres Bildungsniveau und kreative Fähigkeiten, Autonomiestreben, Durchhaltevermögen, extrinsische Motivierbarkeit, Veränderungsmotivation) ausdrücklich Bezug genommen (vgl. act. II 81 S. 31; 109 S. 7), woraus sie – bei gleichzeitig fehlenden Funktionseinschränkungen – auf eine (auch in Bezug auf die angestammte Tätigkeit) in psychischer Hinsicht uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit schloss (act. II 81 S. 31). Demgegenüber hielten die behandelnden Therapeuten der Klinik D. _____ „eine Rückkehr in das Erwerbsleben“ für „undenkbar“ (act. II 105 S. 21), was bereits mit Blick auf die in psychischer Hinsicht weitgehend fehlenden Funktionsbeeinträchtigungen nicht überzeugt. Davon abgesehen wurde im genannten Bericht der Klinik D. _____ in Bezug auf das kreative Umsetzen von inneren Prozessen und Themen bei der Beschwerdeführerin eine „grosse Ressource“ festgestellt (S. 9), weshalb – eingedenk des Umstands, dass die Beschwerdeführerin das betreute Wohnen verlassen hat und im Übrigen in einem ... tätig ist (S. 8) – das kategorische Verneinen jeglicher Arbeitsfähigkeit umso weniger nachvollziehbar erscheint, setzt doch (auch) die medizinisch-theoretische Einschätzung des tatsächlich vorhandenen Leistungsvermögens im sozialversicherungsrechtlichen Kontext die Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits voraus, was seitens der behandelnden Therapeuten nicht erfolgte.

3.5.5 Zusammenfassend ergeben sich weder aus den Berichten der behandelnden Ärzte und Therapeuten, insbesondere aus dem Bericht der Klinik D. _____ vom 6. November 2018 (act. II 105 S. 2 ff.), noch aus den Vorbringen der Beschwerdeführerin Aspekte, welche auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des RAD-Untersuchungsberichts von Dr. med. C. _____ vom 4. Februar 2018 (act. II 81) zu wecken vermöchten. Nachdem ihre Einschätzungen dem Dargelegten zufolge in beweismässiger Hinsicht überzeugen und sich die RAD-Ärztin insbesondere auch ausführlich mit den Vorbringen der behandelnden Therapeuten auseinandergesetzt hat (vgl. E. 3.3.3 vorne), erweist sich der Sachverhalt als hinreichend abgeklärt, womit es der beschwerde-

weise (eventualiter) beantragten Durchführung einer Gerichtsexpertise nicht bedarf.

3.6 Demnach besteht weder in somatischer bzw. ophthalmologischer (vgl. E. 3.4 vorne) noch in psychischer Hinsicht eine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende gesundheitliche Beeinträchtigung. Bei diesem Ergebnis hat kein strukturiertes Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418 zu erfolgen (Entscheid des BGer vom 24. April 2018, 9C_184/2018, E. 3.2.4).

3.7 Zusammenfassend besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die angefochtene Verfügung vom 25. September 2018 (act. II 97) ist somit nicht zu beanstanden und die Beschwerde 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.

4.2 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 (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Indem die Beschwerdeführerin Sozialhilfe bezieht (Akten der Beschwerdeführerin [act. I 1 ff.]) – deren Prozessarmut mithin ausgewiesen ist – und die Rechtsbegehren zudem nicht als zum vornherein aussichtslos erscheinen, ist das Gesuch der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten gutzuheissen.

4.3 Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

4.4 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):

- A. _____
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,
3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

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.