

200 18 914 IV
SCP/TOZ/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 25. März 2019

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch B. _____ AG, Rechtsanwältin MLaw C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. November 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 23. Juni 2016 unter Hinweis auf eine Depression und eine rheumatische Erkrankung bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 2). Nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen sowie der Durchführung von beruflichen Massnahmen (Belastbarkeits- und Aufbautraining [41, 56, 60]) veranlasste die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) eine rheumatologische und eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, und Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Expertisen vom 13. November [recte wohl: Dezember] und 4. Dezember 2017 [AB 75.1 und 73.1]). Gestützt darauf sowie auf Aktenbeurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 13. und 16. April 2018 (AB 83 f.) stellte sie mit Vorbescheid vom 19. April 2018 (AB 85) die Ablehnung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Sie erwog hauptsächlich, aufgrund der medizinischen Aktenlage könne kein invalidisierender Gesundheitsschaden festgestellt werden; die angestammte Tätigkeit sei im bisherigen Umfang zumutbar und möglich. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 6. Juni 2018 resp. 13. Juli 2018 (AB 90, 93) fest und verneinte - nach Einholung weiterer Stellungnahmen des RAD vom 19. und 22. Oktober 2018 (AB 96 f.) - mit Verfügung vom 5. November 2018 (AB 98) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

B.

Hiergegen lässt die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin C._____, am 4. Dezember 2018 Beschwerde erheben und unter Aufhebung des ergangenen Verwaltungsaktes die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen, namentlich von beruflichen Eingliederungsmassnahmen und einer Invalidenrente, beantragen. Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten, subeventualiter ein verwaltungsexternes po-

lydisziplinäres Gutachten einzuholen; ebenfalls eventualiter sei eine Haushaltabklärung durchzuführen. Im Weiteren lässt die Versicherte ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege stellen, unter Beiordnung von Rechtsanwältin C. _____ als amtliche Anwältin.

Am 24. Dezember 2018 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin - auf Aufforderung des Instruktionsrichters hin - das ausgefüllte Formular zum Gesuch der unentgeltlichen Rechtspflege sowie Unterlagen zur Prozessbedürftigkeit ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Januar 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren 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 Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 5. November 2018 (AB 98). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich auf eine Invalidenrente. Nicht mehr streitig ist der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen; die Beschwerdeführerin hat während des Verfahrens anerkannt (vgl. Beschwerdeantwort, S. 2 lit. C. Ziff. 4, und Schreiben vom 24. Dezember 2018 bzw. IV-Protokoll S. 8 [in den Gerichtsakten]), dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen hat.

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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchti-

gung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

2.2 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 (IV-Grad) von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 Um den IV-Grad 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).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 27. Juli 2016 (AB 23) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bei mehreren psychosozialen und familiären Belastungssituationen (Scheidung, Ablösungsproblematik der Kinder usw.; ICD-10 F32.11) sowie einen Alkoholmissbrauch bei Verdacht auf Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2) fest (AB 23 S. 1 Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin sei vor zwei Wochen aus den psychiatrischen Diensten G. _____ ausgetreten und habe sich aufgrund ihrer Unzufriedenheit hinsichtlich der verschiedenen therapeutischen Massnahmen bei der Referentin in die Therapie begeben (AB 23 S. 2 Ziff. 1.4). Die Ärztin attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 15. Februar 2016 bis auf weiteres (AB 23 S. 3 Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit im ... sei nicht mehr zumutbar, hingegen bestehe in einer Tätigkeit als ... eine Arbeitsfähigkeit zwischen 40 % und 70 % mit einer Leistungsminderung (AB 23 S. 3 Ziff. 1.7). Die Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahmen vermindern (AB 23 S. 3 Ziff. 1.8).

3.1.2 Im Bericht der psychiatrischen Dienste G. _____ vom 29. Juli 2016 (AB 52.2 S. 16 f.) über die teilstationäre Behandlung vom 3. Mai bis 29. Juni 2016 wurden als Diagnosen eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) sowie Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10 Z60.0) festgehalten (AB 52.2 S. 17 Ziff. 2). Psychotherapeutisch sei die Behandlung an der Oberfläche geblieben. Thematisiert worden seien vor allem die körperlichen Beschwerden, die Schlafstörungen sowie die Ängste betreffend beruflicher Zukunft. Die Beschwerdeführerin habe während des Aufenthaltes wenig Eigeninitiative gezeigt, um an ihrer Situation etwas zu verändern. Wegen Schlafstörungen seien ihr Schlafmedikamente verschrieben worden, welche sie selbständig abgesetzt habe; sie habe trotz den Medikamenten nicht schlafen können (AB 52.2 S. 16 Ziff. 1). Für eine negative Prognose sprächen die mangelnde Bereitschaft, sich mit schwierigen Situationen auseinanderzusetzen und von sich aus etwas zu verändern, die seit längerer Zeit dauernde gedrückte Stimmung und die vorbestehende Alkoholabhängigkeit. Für eine positive Prognose sprächen erfahrungsgemäss das gute Ansprechen einer Therapie bei Depression und genügender Therapiemotivation, die kognitiven Fähigkeiten und die vielen

Ressourcen, welche die Beschwerdeführerin vorweisen könne (AB 52.2 S. 17 Ziff. 2).

Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste G. _____ vom 3. August 2016 (AB 29) wurden zusätzlich psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, ein Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2), diagnostiziert (AB 29 S. 2). Die Arbeit im ... und ... habe der Beschwerdeführerin nie gefallen. Als die Depression schlimmer geworden sei, habe sie auch Mühe mit dem Kundenkontakt gehabt (AB 29 S. 2). Im Verlauf des Aufenthaltes habe die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung ihres Zustandes erlebt; sie habe keinen Sinn mehr in der weiteren Behandlung gesehen. Schwer getan habe sie sich insbesondere damit, sich mit den Möglichkeiten betreffend einer Arbeitsstelle auseinanderzusetzen (AB 29 S. 4).

3.1.3 Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 19. Dezember 2016 (AB 37) eine seronegative Oligoarthritis, ein Zervikobrachialsyndrom rechts, eine Osteoporose und eine Depression (AB 37 S. 1). Seit das Medikament Methotrexat nebenwirkungsbedingt abgesetzt worden sei, hätten die Arthralgien an den Handgelenken und am rechten Knie wieder stark zugenommen. Floride Synovitiden seien nicht objektiviert worden (AB 37 S. 1 f.).

3.1.4 Im Bericht der Klinik I. _____ vom 29. Dezember 2016 (AB 38) über die teilstationäre Behandlung vom 12. September bis 16. Dezember 2016 wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), sowie eine Alkoholabhängigkeit, aktuell abstinent (ICD-10 F10), genannt (AB 38 S. 2). Vor einigen Jahren sei die Beschwerdeführerin aufgrund einer erneuten Verschlechterung der depressiven Symptome und des Alkoholmissbrauchs bei diversen Spezialisten in Therapie gewesen. Da diese Therapien ihr jedoch „wenig gebracht“ hätten, habe sie diese beendet (AB 38 S. 4). Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 31. Dezember 2016 attestiert (AB 38 S. 6).

3.1.5 Dr. med. H. _____ berichtete am 13. Januar 2017 (AB 44), dass die vor Weihnachten empfohlene Spiricort-Therapie nach wenigen

Tagen einerseits wegen Ineffektivität und andererseits wegen Nausea und Erbrechen abgesetzt worden sei. Bei der heutigen Kontrolle schildere die Beschwerdeführerin wiederum starke diffuse muskuloskelettale Beschwerden, sie trage am rechten Handgelenk eine volare Manschette (AB 44 S. 1). Heute werde erstmals eine gewisse Diskrepanz zwischen den geltend gemachten Beschwerden und den fehlenden objektivierbaren Befunden festgestellt (AB 44 S. 2).

3.1.6 Stellungnehmend zum oben genannten Bericht von Dr. med. H._____ führte der RAD-Arzt Dr. med. J._____, Facharzt für Arbeitsmedizin, am 7. März 2017 aus, bezüglich der vom Rheumatologen erwähnten Diskrepanz sei der weitere Verlauf abzuwarten. Aufgrund der Gonarthritits rechts und der beidseitigen Handgelenksarthritits sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Verkauf (mit Heben und Tragen von Lasten bis und über 25 kg) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr möglich. Hingegen sei eine körperlich leichte, angepasste Tätigkeit (wechselbelastend, mit Heben und Tragen von Lasten bis 5 kg, ohne repetitive manuelle Hand-/Armbewegungen, ohne knienden Arbeiten, ohne repetitives Treppensteigen) mit einer Pensumssteigerung von drei Stunden pro Tag auf sechs bis sieben Stunden pro Tag in den nächsten drei bis sechs Monaten zumutbar. Die Arbeitszeiten sollten eventuell wegen des Morgentiefs und der von der Beschwerdeführerin angegebenen Morgensteifigkeit auf den späten Morgen/Mittag verlegt werden. Der weitere Verlauf und das Ansprechen auf die neue Medikation seien abzuwarten (AB 50 S. 4).

Am 12. Juli 2017 empfahl der RAD-Arzt eine bidisziplinäre (rheumatologisch-psychiatrische) Begutachtung durch die Dres. med. D._____ und E._____ (AB 63 S. 4 f.).

3.1.7 Dr. med. F._____ hielt im Verlaufsbericht vom 18. Juli 2017 (AB 66) einen verbesserten Gesundheitszustand fest (AB 66 S. 2 Ziff. 1). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine rezidivierende depressive Störung, aktuell eine leichte Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01), eine Oligoarthritits sowie eine Osteoporose (AB 66 S. 2 Ziff. 3). Die aktuelle Stimmung habe sich seit der letzten Konsultation sichtlich gebessert. Suizidalität werde glaubhaft verneint (AB 66 S. 2 Ziff. 4). Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit August 2017 eine

Arbeitsfähigkeit von 50 % (AB 66 S. 3 Ziff. 11). Deren Steigerung sei aber mit geeigneten beruflichen Massnahmen möglich und auch zumutbar (AB 66 S. 4 Ziff. 15.2). Die Beschwerdeführerin mache im Umgang mit ihren Problemen deutliche Fortschritte und sei momentan in der Lage, konstruktiv mit ihrer Situation umzugehen (AB 66 S. 3 Ziff. 9). Die Psychiaterin hielt eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt (AB 66 S. 4 Ziff. 18).

3.1.8 Dr. med. H. _____ führte im Bericht vom 15. August 2017 (AB 68) aus, dass die Oligoarthritis von April bis Juni 2017 mit Simponi behandelt worden sei. In dieser Zeit hätten keine objektivierbaren Entzündungen bestanden. Diese Therapie sei aber versuchsweise abgesetzt worden, da die Beschwerdeführerin schmerzgeplagt und dadurch auch körperlich und beruflich beeinträchtigt gewesen sei. Anfang August sei es zu einem sehr heftigen Rezidiv der Oligoarthritis gekommen, welches mit Steroiden habe behandelt werden müssen. Die Therapie mit Simponi werde heute wieder aufgenommen.

3.1.9 Im Kurzaustrittsbericht des Spitals K. _____, vom 10. November 2017 (AB 75.2 S. 1 f.) über die Hospitalisation vom 8. bis 10. November 2017 wurden als Diagnosen unter anderem eine rezidivierende Polyarthritits, ein Zervikobrachialsyndrom rechts, ein chronisch rezidivierender Kniegelenkserguss rechts sowie eine Osteoporose genannt (AB 75.2 S. 1). Es wurde eine ambulante Physio- und Ergotherapie im Hause verordnet. Eine Reevaluation betreffend Belastbarkeit für ein allfälliges „...-Programm“ (...) sei im Januar oder Februar 2018 vorgesehen. Der Beschwerdeführer wurden unter anderem Surmontil Tropfen und Simponi Fertigspritzen verschrieben (AB 75.2 S. 2).

3.1.10 Dr. med. D. _____ hielt im Gutachten vom 13. Dezember 2017 (AB 75.1) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seronegative Oligoarthritis fest (AB 75.1 S. 26 Ziff. 4.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein zervikospondylogenes Syndrom rechts, eine Epicondylitis radialis rechts, ein mögliches Carpaltunnelsyndrom rechts, eine Retropatellärarthrose beidseits sowie eine Osteoporose (AB 75.1 S. 26 Ziff. 4.2). Es bestehe eine entzündlich rheumatologische Systemerkrankung im Sinne einer Oligo- bis wahrscheinlich Polyarthritits, auch wenn sich

in der klinischen Untersuchung keine floriden Synovitiden gezeigt hätten. Die Anamnese sei relativ klar und es zeige sich immer wieder ein gutes Ansprechen auf die verschiedensten durchgeführten Basisbehandlungen. Werde die Basisbehandlung jedoch abgesetzt, komme es - durch den behandelnden Rheumatologen dokumentiert - zu entzündlichen Veränderungen im Bereich der Hände und des rechten Kniegelenkes, wo auch Punktionen erfolgt seien und aufgrund der Zellzahl ein entzündlicher Kniegelenkserguss habe nachgewiesen werden können. Zusammenfassend liege eine seronegative Oligo- bis Polyarthritis vor, die unter der eingesetzten Basisbehandlung mit Simponi zeitweilig gut und zeitweilig etwas weniger gut kontrolliert sei (AB 75.1 S. 29). Die bisherige Tätigkeit im ... sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar (AB 75.1 S. 30 Ziff. 5.2). Hingegen bestehe in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit (wechselbelastend, mit Heben und Tragen von max. 5 kg, ohne repetitive manuelle Hand- oder Armbelastungen, ohne kauenden oder knienden Arbeiten, ohne repetitives Treppensteigen) aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (AB 75.1 S. 30 Ziff. 5.3). Es gebe keine medizinischen Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (AB 75.1 S. 31 Ziff. 5.5). Berufliche Massnahmen seien bereits durchgeführt worden und hätten eine deutlich reduzierte Belastbarkeit gezeigt. Aus rein somatischer Sicht gebe es Fälle, welche im Sinne einer Polyarthritis mit einer extremen Müdigkeit, dies als Ausdruck des entzündlichen Krankheitsbildes, vergesellschaftet seien. Dies könne jedoch erst postuliert werden, wenn sich unter einer entsprechenden Basisbehandlung eine Besserung der Müdigkeit zeigen würde. Letztendlich bleibe die Ursache der Müdigkeit hier aber unklar (AB 75.1 S. 31 Ziff. 5.6).

Dr. med. E. _____ nannte im Gutachten vom 4. Dezember 2017 (AB 73.1) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; AB 73.1 S. 23 Ziff. 7.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54; AB 73.1 S. 23 Ziff. 7.2). Laut eigenen Angaben wache die Beschwerdeführerin nachts gelegentlich auf und habe dann Mühe, wieder einzuschlafen. Bis vor kurzem habe sie abends das Medikament Surmontil eingenommen, womit sie besser habe schlafen können. Da es mit diesem Medikament im Sommer 2017 vorüber-

gehend nicht so gut gegangen sei, sei es von der behandelnden Psychiaterin umgestellt worden. Im August 2017 habe die Beschwerdeführerin von ihren Kindern einen Hund geschenkt erhalten, um welchen sie sich seither kümmere (AB 73.1 S. 20 Ziff. 3.9). Gelegentlich leide sie unter einem Lebensverleider und Suizidgedanken. Vor drei Monaten habe sie nicht mehr leben wollen, weshalb die behandelnde Psychiaterin sie habe einweisen wollen. In Anwesenheit ihrer Kinder habe sie der Ärztin versprechen müssen, dass sie sich nicht umbringen werde (AB 73.1 S. 20 Ziff. 3.10). Die Beschwerdeführerin werde im Alltag durch die depressiven Verstimmungen, die Durchschlafstörungen, die erhöhte Ermüdbarkeit, die verminderte psychische Belastbarkeit, die erhöhte Ängstlichkeit, den Lebensverleider und die Suizidgedanken beeinträchtigt (AB 73.1 S. 23 Ziff. 8.2). Die depressiven Symptome schränkten sie aber nicht im Umgang mit ihren somatischen Beschwerden ein (AB 73.1 S. 23 Ziff. 7.3). Die Beschwerdeführerin sei sich bewusst, dass sie auf dem Arbeitsmarkt kaum mehr Chancen habe. Dies könne jedoch dazu beitragen, dass sie sich durch ihre Beschwerden mehr beeinträchtigt fühle, als es den objektivierbaren Befunden entspreche (AB 73.1 S. 23 Ziff. 8.3). Im Rahmen der beruflichen Massnahmen (eines Arbeitstrainings) habe die Beschwerdeführerin nur geringe bzw. kaum verwertbare Leistungen gezeigt, was sich durch die psychiatrische Störung nicht hinreichend begründen lasse (AB 73.1 S. 24 Ziff. 9.3). Die bisher durchgeführten Therapien seien lege artis und mit Kooperation seitens der Beschwerdeführerin durchgeführt worden (AB 73.1 S. 25 Ziff. 10.1 f.); weitere Therapieoptionen bestünden nicht (AB 73.1 S. 25 Ziff. 10.3). Naturgemäss sei der Verlauf einer depressiven Störung schwankend. Die Beschwerdeführerin sei seit April 2016 nicht mehr stationär psychiatrisch behandelt worden; in den Berichten seien keine Hinweise auf eine schwere depressive Episode ersichtlich. Zum jetzigen Zeitpunkt liege ein mittelgradiges depressives Zustandsbild vor, es fänden sich deutliche Anhaltspunkte dafür, dass sich die Depression bis anhin nicht stabilisiert habe und der Verlauf der depressiven Störung nach wie vor schwankend sei; die behandelnde Psychiaterin habe im Juli 2017 von einer leichten depressiven Episode berichtet. Laut eigenen Angaben sei die Beschwerdeführerin im August 2017 suizidal gewesen und die Psychiaterin habe eine stationäre Behandlung empfohlen. Über die Zeit gemittelt sei aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei dem April 2016 auszugehen (AB

73.1 S. 27 Ziff. 13). Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (AB 73.1 S. 27 Ziff. 14).

Die Gutachter kamen in ihrer Konsensbesprechung vom 7. Dezember 2017 (AB 75.1 S. 37) zum Schluss, dass unter Berücksichtigung der Fachgebiete Rheumatologie und Psychiatrie in der bisherigen Tätigkeit im ... seit April 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliege, dies determiniert durch das Fachgebiet der Rheumatologie. In einer den rheumatologischen Limiten angepassten Tätigkeit bestehe seit April 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, dies determiniert durch das Fachgebiet der Psychiatrie. Aufgrund des fluktuierenden Verlaufes mit jeweils Aufflammen der Entzündungsaktivität nach vorübergehendem Sistieren der Basistherapie mit jeweils wieder gutem Ansprechen nach Wiedereinsetzen der Basistherapie sei in den Exazerbationsphasen rheumatologisch eine vorübergehende Arbeitsfähigkeit von lediglich 50 % möglich resp. sehr wahrscheinlich. Diese Phasen seien jedoch aufgrund der fehlenden Informationen in den Akten nicht genau rekonstruierbar. Dies sei insofern nicht von Belang, als sich die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auf 50 % beschränke. Demgemäss dominiere hier die psychiatrische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, dies unter Berücksichtigung des somatischen Profils. Die in den einzelnen Fachgebieten ausgesprochenen Arbeitsunfähigkeiten wirkten nicht kumulativ. Mit der aus dem Fachgebiet der Psychiatrie ausgesprochenen Arbeitsunfähigkeit sei der Arbeitsfähigkeit aus dem Gebiet der Rheumatologie Genüge getan.

3.1.11 Hierzu nahm die RAD-Ärztin Dr. med. L. _____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, am 13. April 2018 Stellung und führte aus, bezüglich der gutachterlichen diagnostischen Einschätzung einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, seien fachärztliche Zweifel angebracht. Gegen eine depressive Episode nach den ICD-10 Kriterien sprächen die in der Aktenlage und auch im Gutachten dokumentierten depressiven Stimmungsschwankungen zum einen im zeitnahen Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen (Scheidung, Auszug der Kinder, Auszug aus dem Haus etc.) und zum anderen im zeitnahen Zusammenhang mit dem Alkoholmissbrauch. Des Weiteren lägen keine depressive Episode und keine rezidivierende

affektive Störung nach den ICD-10 Kriterien vor, da es objektiv an einer zirkadianen und saisonalen Rhythmik fehle. Angesichts der aktiven Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, der unbeeinträchtigten Befähigung zur Selbstfürsorge und Fremdfürsorge sowie der Befähigung der Beschwerdeführerin zur Abgrenzung bestehe zum Begutachtungszeitpunkt auch keine leistungsrelevante depressive Störung (AB 83 S. 3). Zusammenfassend seien weder die Diagnose einer leistungsrelevanten affektiven Störung noch diejenige einer rezidivierenden depressiven Störung objektiv anhand der ICD-10 Kriterien gesichert. Eine Dysthymie (chronisch depressive Verstimmung) habe keine Auswirkung auf das quantitative Leistungsvermögen bzw. auf das Arbeitspensum. Den motivationalen Faktoren (Zweck-/Vermeidungsverhalten) und dem primären Alkoholmissbrauch komme keine invalidenversicherungsrechtliche Relevanz zu. Es bestünden keine Einschränkungen der kognitiven Leistungen, der Willensbildung und der Entscheidungsfindung, der Mobilität und der sozialen Teilhabe. Seit dem Austritt aus den psychiatrischen Diensten G. _____ im Juni 2016 lägen aus psychiatrischer Sicht keine objektiven Befunde vor, welche eine quantitative und/oder qualitative Leistungseinschränkung objektiv begründen könnten (AB 83 S. 4). Aus RAD-psychiatrischen Sicht bestehe eine Vermittelbarkeit von bis zu 100 % auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für alle Tätigkeiten, die den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Beschwerdeführerin entsprächen (AB 83 S. 5). Der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzung könne somit nicht gefolgt werden (AB 83 S. 4).

Der RAD-Arzt Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie und Arbeitsmedizin, führte am 16. April 2018 aus, das rheumatologische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 13. Dezember 2017 (AB 75.1) weise schlüssig und nachvollziehbar auf, dass die aktuelle Basistherapie mit dem monoklonalen Antikörper Golimumab zu einer stabilen Remission der entzündlichen Gelenksveränderungen geführt habe. In Übereinstimmung mit dem Gutachter sei davon auszugehen, dass aus rein internistischer Sicht keine wesentliche dauerhafte Minderung des beruflichen Leistungsvermögens in einer angepassten Tätigkeit bestehe (AB 84 S. 4).

Mit Bericht vom 19. Oktober 2018 (AB 96) bekräftigte die RAD-Ärztin ihre Beurteilung und führte aus, das dokumentierte Verhalten der Beschwerdeführerin spreche zum einen für eine (erhöhte) Suggestibilität mit leichter Beeinflussbarkeit durch andere Personen oder äussere Umstände/Lebensumstände und zum anderen für ein zielstrebiges und an den eigenen Bedürfnissen orientiertes Verhalten, was ebenfalls ein Ausschlusskriterium für das Vorliegen einer leistungsrelevanten affektiven Störung, insbesondere einer leistungsrelevanten depressiven Episode, darstelle. Das von der Klinik I. _____, von den psychiatrischen Diensten G. _____ und vom Gutachter Dr. med. E. _____ im unterschiedlichen sozialen Kontext beobachtete Verhalten der Beschwerdeführerin spreche für ein Denk- und Verhaltensmuster einer histrionischen Persönlichkeit, welches keinen Krankheitswert habe. Weitere Merkmale dieses Persönlichkeitstyps seien die beobachtete Tendenz zur Dramatisierung bezüglich der eigenen Person ("Klagen über Lebensverleider etc.") und eine oberflächliche und labile Affektivität. Rein aus dem subjektiven Befinden (Klagen) einer Person, hier der Beschwerdeführerin, könne nicht die Diagnose einer depressiven/rezidivierenden Störung abgeleitet werden (AB 96 S. 3).

Mit Bericht vom 22. Oktober 2018 (AB 97 S. 2 und 5) bestätigte der RAD-Arzt Dr. med. M. _____ seine Beurteilung vom 16. April 2018 (AB 84 S. 4).

3.2 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).

3.2.1 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).

3.2.2 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). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.2.3 Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 5. November 2018 (AB 98) massgeblich auf die Aktenberichte der RAD-Ärzte Dr. med. L. _____ vom 13. April 2018 und 19. Oktober 2018 sowie Dr. med. M. _____ vom 16. April 2018 und 22. Oktober

2018 (AB 83 f. und AB 96 f.) gestützt. Diese haben den medizinischen Sachverhalt allein gestützt auf die vorhandenen Akten, ohne die Beschwerdeführerin selber untersucht zu haben, beurteilt. Bei den erwähnten RAD-Berichten handelt es sich somit mangels selbst erhobener medizinischer Befunde nicht um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201), sondern lediglich um interne Berichte bzw. um eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht im Sinne von Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG i.V.m. Art. 49 Abs. 1 IVV (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. März 2018, 9C_524/2017, E. 5.1; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 562). Die RAD-Berichte vermögen daher lediglich dazu Stellung zu nehmen, ob der einen oder anderen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64; BGer 9C_524/2017, E. 5.1).

Zwar können auch reine Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen des RAD (vgl. E. 3.2.3 hiavor und BGer 9C_524/2017, E. 5.1). Die an eine beweiskräftige Aktenbeurteilung gestellten Anforderungen sind vorliegend - wie nachfolgend dargelegt wird - nicht erfüllt.

3.3.1 Die Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. L. _____ vom 13. April 2018 und 19. Oktober 2018 (AB 83 und 96) stützen sich massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 4. Dezember 2017 (AB 73.1). Nach dessen Auffassung wird die Beschwerdeführerin im Alltag durch die depressiven Verstimmungen, die Durchschlafstörungen, die erhöhte Ermüdbarkeit, die verminderte psychische Belastbarkeit, die erhöhte Ängstlichkeit, den Lebensverleider und die Suizidgedanken beeinträchtigt (AB 73.1 S. 23 Ziff. 8.2). Die vom Gutachter getroffene Annahme betreffend die suizidalen Gedanken basieren aufgrund der zu den Zukunftsvorstellungen gemachten Angaben der Beschwerdeführerin, wonach sie im August

2017 (drei Monate vor der Begutachtung vom 30. November 2017; AB 73.1 S. 1) nicht mehr habe leben wollen (AB 73.1 S. 20 Ziff. 3.10). Wie die RAD-Ärztin Dr. med. L. _____ in ihren Berichten vom 13. April und 19. Oktober 2018 nachvollziehbar aufgezeigt hat (vgl. AB 83 S. 3 f. und AB 96 S. 3), hat der Gutachter diese Angaben trotz der im Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. F. _____ vom 18. Juli 2017 (AB 66 S. 2 Ziff. 4) dokumentierten verbesserten Stimmung der Beschwerdeführerin und deren glaubhaft verneinten Suizidalität sowie ungeachtet deren eigenen Ausführungen zum geschenkten Hund bzw. zu dessen Betreuung unkritisch übernommen und als Indiz für einen noch nicht stabilen, sondern nach wie vor schwankenden Verlauf der Depression gewertet (AB 73.1 S. 27 Ziff. 13). Vor diesem Hintergrund und insbesondere mangels eines konkret genannten Ereignisses betreffend die Suizidalität hätte der Gutachter weitere Abklärungen treffen müssen. Der psychiatrische Sachverhalt erweist sich somit nur schon unter diesem Gesichtspunkt als nicht umfassend abgeklärt. Eine reine Aktenbeurteilung durch die RAD-Ärztin war unter diesen Umständen nicht möglich. Diese hätte weitere Abklärungen vornehmen bzw. veranlassen müssen. Stattdessen hat sie - ohne die Beschwerdeführerin untersucht resp. ohne eigene psychopathologische Befunde erhoben zu haben - die vom Gutachter als invalidisierend bewertete und gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (vgl. AB 73.1 S. 23 Ziff. 7.1) unter die Diagnose einer Dysthymie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit subsumiert (vgl. AB 83 S. 4).

Auch hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung geklagten Durchschlafstörungen (AB 73.1 S. 20 Ziff. 3.9) erweist sich der Sachverhalt als unklar. Die diesbezügliche gutachterliche Beurteilung, wonach die Beschwerdeführerin durch die Schlafstörungen beeinträchtigt werde (AB 73.1 S. 23 Ziff. 8.2), beruht allein auf den Angaben der Beschwerdeführerin und ergibt mit Blick auf die im Bericht des Spitals K. _____ vom 10. November 2017 (AB 75.2 S. 2) sowie im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 13. Dezember 2017 (AB 75.1 S. 22 Ziff. 3.1.6) festgehaltenen Ausführungen kein kohärentes und widerspruchsfreies Bild der Schlafprobleme. Aufgrund der genannten Berichte war dem Gutachter Dr. med. E. _____ bekannt, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung wiederum Surmontil ver-

schrieben erhalten hatte, welches ihr nach eigenen Angaben zu einem besseren Schlaf verholfen habe (AB 73.1 S. 20 Ziff. 3.9). Das psychiatrische Gutachten vom 4. Dezember 2017 (AB 73.1) erlaubt der RAD-Psychiaterin auch in diesem Punkt nicht, sich ein vollständiges und ein einheitliches Bild über den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu machen; dies hätte zwangsläufig auch zu weiteren Abklärungen führen müssen. Gleiches gilt im Übrigen auch betreffend die offenkundig fehlende Motivation der Beschwerdeführerin, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (vgl. AB 23 S. 2 Ziff. 1.4, AB 29 S. 2, AB 68). Hierzu hat sich Dr. med. E._____ nicht geäussert. Einzig Dr. med. F._____ hat diesbezüglich im Verlaufsbericht vom 18. Juli 2017 (AB 66) festgehalten, dass die Beschwerdeführerin momentan in der Lage sei, konstruktiv mit ihrer Situation umzugehen (AB 66 S. 3 Ziff. 9). Auch diesbezüglich besteht Abklärungsbedarf.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Gutachten von Dr. med. E._____ vom 4. Dezember 2017 (AB 73.1) den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an ein Gutachten (vgl. E. 3.2.1 hiervor) nicht genügt. Die darauf basierenden Stellungnahmen der RAD-Psychiaterin vom 13. April und 19. Oktober 2018 (AB 83 und 96) können somit keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern - wie die Beschwerdeführerin in der Beschwerde (vgl. S. 8 Ziff. 17) zutreffend ausgeführt hat - nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Auf die genannten Aktenberichte kann deshalb nicht abgestellt werden.

Ebenso wenig kann zur Beurteilung des strittigen Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin auf die übrigen psychiatrischen Arztberichte (von Dr. med. F._____ vom 27. Juli 2016 und 18. Juli 2017 [AB 23, AB 66], der psychiatrischen Diensten G._____ vom 29. Juli 2016 und 3. August 2016 [AB 52.2 S. 16 f., AB 29], und der Klinik I._____ vom 29. Dezember 2016 [AB 38]) abgestellt werden. Zum einen hat die behandelnde Psychiaterin Dr. med. F._____ selbst weitere Abklärungen für notwendig erachtet (AB 66 S. 4 Ziff. 18). Zum anderen geben die Berichte der psychiatrischen Dienste G._____ und der Klinik I._____ für sich alleine keinen umfassenden und aktuellen Aufschluss darüber, ob resp.

inwiefern sich die psychischen und gegebenenfalls somatischen Einschränkungen (vgl. dazu E. 3.3.2 hiernach) auf das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin auswirken.

3.3.2 In rheumatologischer Hinsicht beruhen die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. M._____ vom 16. April 2018 und 22. Oktober 2018 (AB 84 und 97) hauptsächlich auf dem Gutachten von Dr. med. D._____ vom 13. Dezember 2017 (AB 75.1). Hier bestehen insbesondere Unklarheiten über die Compliance der Beschwerdeführerin hinsichtlich der therapeutischen Optionen resp. der ihr verschriebenen Medikamente. So ist in den medizinischen Akten durchgehend dokumentiert, dass die Beschwerdeführerin die ihr verschriebenen Medikamente wiederholt eigenmächtig abgesetzt oder deren Unverträglichkeit bzw. Nebenwirkungen beklagt hat (AB 23 S. 2 Ziff. 1.4, AB 52.2 S. 16 Ziff. 1, AB 29 S. 2, AB 37 S. 1 f., AB 38 S. 4, AB 44 S. 1, AB 68, AB 75.2 S. 1). Dies wird zwar im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. D._____ vom 13. Dezember 2017 (AB 75.1) durchaus festgehalten (AB 75.1 S. 29), dennoch bleibt die Frage der Medikamentencompliance und deren Auswirkungen auf die beklagte erhöhte Ermüdbarkeit ungeklärt (vgl. dazu AB 75.1 S. 35 Ziff. IV.4 mit Hinweis auf S. 31 Ziff. 5.6 [und wohl auch 5.5]); hierzu hat der Gutachter Dr. med. D._____ keine Angaben gemacht. Schliesslich hat er sich auch nicht zur offenkundig fehlenden Motivation der Beschwerdeführerin geäussert, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (vgl. AB 23 S. 2 Ziff. 1.4, AB 29 S. 2). Aufgrund dieser Gegebenheiten kann auch auf diesem Fachgebiet nicht von einem vollständigen und aktuellen Bild über die rheumatologischen Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen werden, welches eine blosser Aktenbeurteilung durch den RAD-Arzt Dr. med. M._____ als genügend erscheinen liesse (vgl. E. 3.2.3 hiervor). Dementsprechend kann auch hier nicht auf die Einschätzung des RAD-Arztes vom 16. April 2018 und 22. Oktober 2018 (AB 84 S. 4 und AB 97 S. 2 und 5) abgestellt werden.

Ebenso wenig kann - wie soeben dargelegt - auf das den rechtsprechungsgemässen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.2.1 hiervor)

nicht genügende Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 13. Dezember 2017 (AB 75.1) abgestellt werden.

Auch die Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. H. _____ vom 19. Dezember 2016, 13. Januar 2017 und 15. August 2017 (AB 37, AB 44, AB 68) sowie des Spitals K. _____ vom 10. November 2017 (AB 75.2 S. 1 f.) lassen keine schlüssige und zuverlässige Einschätzung des Gesundheitszustandes und damit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu. Zum einen enthalten sie keine Angaben zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit, zum anderen fehlt es an einer alle Leiden berücksichtigenden Beurteilung des Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin.

3.4 Mit Blick auf die gezeigte Ausgangslage ist zusammenfassend festzuhalten, dass zumindest geringe Zweifel (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65) an der Schlüssigkeit der - auf den Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 13. Dezember 2017 (AB 75.1) und Dr. med. E. _____ vom 4. Dezember 2017 (AB 73.1) basierenden - versicherungsinternen Aktenbeurteilungen der RAD-Ärzte Dr. med. L. _____ vom 13. April 2018 und 19. Oktober 2018 sowie Dr. med. M. _____ vom 16. April 2018 und 22. Oktober 2018 (AB 83 f. und AB 96 f.) gegeben sind bzw. die vorhandenen medizinischen Akten keine hinreichend zuverlässige Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bieten. Erforderlich ist somit - nach Aktualisierung der medizinischen Aktenlage (insbesondere ab August 2017) durch die Einholung von Verlaufsberichten (zur Klärung der in E. 3.3.1 f. hiavor aufgeführten Unklarheiten) sowie von Aufzeichnungen der psychiatrischen Krankengeschichte bei den behandelnden Ärzten Dres. med. F. _____ und H. _____ - eine externe medizinische (Neu-)Begutachtung der Beschwerdeführerin (vgl. E. 3.2.2 hiavor). Allfällige psychische Gesundheitsschäden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wären schliesslich einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (vgl. auch BGE 143 V 409 und 143 V 418).

4.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 5. November 2018 (AB 98) in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache im Sinne des Subeventualantrags an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese - nach Einholung der erwähnten Verlaufsberichte bzw. Aufzeichnungen der Krankengeschichte - eine versicherungsexterne medizinische (Neu-)Begutachtung der Beschwerdeführerin veranlasse und anschliessend über deren Rentenanspruch neu verfüge. Weil die Expertisen der Dres. med. D. _____ und E. _____ punktuell mangelbehaftet sind und die Sachverhaltsentwicklung seit den klinischen Explorationen im Dezember 2017 gutachterlich völlig ungeklärt blieb, ist es nicht am Gericht, sondern vorab an der Verwaltung, in Nachachtung der Untersuchungsmaxime das Erforderliche nachzuholen. Bei dieser Ausgangslage steht die Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 einer Rückweisung nicht entgegen. Im Übrigen (Hauptbegehren) ist die Beschwerde, soweit nicht gegenstandslos geworden, abzuweisen.

5.

5.1 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.

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

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und

neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1).

Die Parteikosten werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 6. Februar 2019 macht Rechtsanwältin C. _____ einen zeitlichen Aufwand von 10.3 Stunden (ohne Angabe des mit der Mandantin vereinbarten Stundenansatzes) und Auslagen von Fr. 95.-- geltend. Unter Berücksichtigung des nicht zu beanstandenden Aufwands, des üblichen, zwischen Fr. 250.-- und Fr. 270.-- liegenden Stundenansatzes, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen wird der Parteikostenersatz auf pauschal Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

5.3 Bei diesem Prozessausgang ist das Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege dahingefallen. Das entsprechende Verfahren ist als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 39 N. 1).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 5. November 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie - nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen - neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde, soweit nicht gegenstandslos geworden, abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin C. _____ als amtliche Anwältin wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ AG, Rechtsanwältin MLaw C. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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