

200 13 1110 IV  
SCP/IMD/KRK

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. April 2015**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiber Imhasly

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. November 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1957 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Februar 2006 erstmals zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) an. Zur Art der Behinderung gab sie einen körperlichen und psychischen Erschöpfungszustand an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Die IVB nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, namentlich veranlasste sie eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Gutachten vom 11. Dezember 2006 [AB 14]), und liess sie den Regionalen Ärztlichen Dienst BE/FR/SO (RAD), Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Stellung nehmen (Bericht vom 4. April 2007 [AB 16]). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 21, 23) verneinte sie mit Verfügung vom 18. Oktober 2007 (AB 26) einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 37 %. Diese Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Im August 2012 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug bei der IVB an (AB 28). Diese nahm wiederum die üblichen Abklärungen vor und liess die Versicherte durch Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachten (Gutachten vom 14. September 2013 [AB 54.1 - 54.2]). Gestützt darauf stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 25. September 2013 (AB 57) die erneute Abweisung eines Rentenanspruchs unter Verneinung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 59, 60, 63) und Stellungnahme des Gutachters (AB 65.1) verfügte die IVB am 12. November 2013 (AB 67) wie im Vorbescheid vorgeesehen.

## **C.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 12. Dezember 2013 Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch näher abzuklären. Sodann sei der Beschwerdeführerin eine Rente zuzusprechen. Sie macht im Wesentlichen geltend, gestützt auf die Ausführungen der behandelnden Psychiaterin sei davon auszugehen, dass auf das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nicht abgestellt werden könne.

Mit Eingabe selben Datums ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 27. Dezember 2013 die Abweisung der Beschwerde. Sie bringt vor, die Ausführungen der behandelnden Ärztin vermöchten die Schlussfolgerungen des Gutachters nicht in Zweifel zu ziehen.

Mit Eingabe vom 14. Januar 2014 zog die Beschwerdeführerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück, worauf der Instruktionsrichter dieses mit Verfügung vom 15. Januar 2014 als erledigt vom Protokoll abschrieb.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 12. November 2013 (AB 67). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente 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 Erwerbsunfähig-

keit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). 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). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze

Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

**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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**2.6** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie 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). 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 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; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). 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 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).

### **3.**

**3.1** Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung eingetreten ist und den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 12. November 2013 (AB 67) 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 18. Oktober 2007 (AB 26) und derjenigen vom 12. November 2013 (AB 67) 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 hiervor).

**3.2** Die Verfügung vom 18. Oktober 2007 (AB 26) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Gutachten des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2006 (AB 14) sowie dem Bericht der RAD-Ärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 4. April 2007 (AB 16).

**3.2.1** Der Gutachter diagnostizierte eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1), rezidivierende depressive Episoden leichter bis mittelschwerer Ausprägung (ICD-10: F32.0 und F32.1), aktuell keine depressive Episode, sowie anankastische, passiv-abhängige und aggressionsgehemmte Persönlichkeitszüge (ICD-10: F73.1 [richtig: Z73.1]). Er führte aus, die Versicherte, die schon in ihrer Kindheit zur Mitarbeit im elterlichen ... verpflichtet und in einer engen, wenig persönlichen Spielraum zulassenden sektenartigen Gemeinschaft aufgewachsen sei, habe früh mit körperlichen Beschwerden in Grenz- und Überforderungssituationen reagiert und schon bald den sekundären Gewinn durch Kranksein erfahren. Das Erbringen von geforderten Leistungen habe den Anspruch auf "gute Arbeitsleistung" (vereinfacht dargestellt: wer gut arbeite, sei auch ein guter Mensch und umgekehrt) schon von klein auf geprägt. In Form unbewusster Vorgänge sei es deshalb sehr plausibel, dass die Versicherte kompensatorisch in Überlastungs- und Überforderungssituationen mit körperlichen Beschwerden einerseits und einer negativen Auswirkung auf das eigene Selbstwertgefühl bei fehlender Leistungsfähigkeit andererseits reagiert habe. Beides seien Prozesse, die auf spiralförmige Weise das Ausleben somatischer Beschwerden gegenseitig begünstigten. Die akzentuierten Persönlichkeitsanteile seien in den zuvor beschriebenen Kontext zu stellen, d.h. sie hätten sich einerseits aufgrund der besonderen Sozialisierung der Versicherten entwickelt und begünstigten andererseits das Entstehen von somatisierenden Verhaltensmustern. Erst im Zuge langjähriger psychotherapeutischer Interventionen (durch eine christliche Therapeutin und eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) schein es gelungen, diesen *circulus vitiosus* zu unterbrechen, was sich dadurch ausdrücke, dass die Versicherte die Neigung zur Selbstüberforderung mit reaktiven Erschöpfungssyndromen zumindest vorübergehend habe aufgeben können.

Wie stabil das sei, werde der weitere Verlauf zeigen müssen. Es würde überhaupt nicht erstaunen, wenn es zu spezifischen "Rückfällen" käme, denn die beschriebenen Muster hätten sich über die vielen Jahrzehnte fest "eingebrannt", seien chronifiziert und therapeutisch sehr schwierig zugänglich. Die Neigung zur Selbstüberforderung begünstige das Auftreten von Erschöpfungszuständen, in welchen es neben körperlichen auch zu psychischen Beschwerden in Form reaktiver depressiver Zustände komme. In solchen Phasen sei die Leistungsfähigkeit der Versicherten gänzlich aufgehoben, wie von den behandelnden Ärzten eindeutig aufgezeigt und in ihren Berichten bestätigt worden sei. An der Schwere der Zustandsbilder bestehe kein Zweifel, auch wenn die aktuellen psychiatrischen Untersuchungsbefunde bland seien.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, Somatisierungsstörungen seien nicht per se mit einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verbunden. Nach geltendem Versicherungsrecht werde das Vorliegen einer schwerwiegenden psychiatrischen Komorbidität verlangt, um eine Somatisierungsstörung als iv-relevant anerkennen zu können. Die reaktiven depressiven Zustandsbilder (Episoden) entsprächen, wenn sie den Grad mittelschwer erreichten, dieser Forderung, d.h. die bei der Versicherten diagnostizierte Somatisierungsstörung sei als iv-relevant zu bezeichnen. Die durch die depressiven Episoden begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde hierdurch zusätzlich belastet. Menschen mit mittelschweren depressiven Zustandsbildern seien, wenn überhaupt, nur unter besonders grossen Schwierigkeiten in der Lage, ihren sozialen Verpflichtungen privater oder beruflicher Art nachzukommen, d.h. die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund dieser Beeinträchtigung in der Regel um mindestens 60 % eingeschränkt. Beide beschriebenen Störungsbilder führten zu einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten von 60 %, wobei die Somatisierungsstörung vor allem die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in den depressionsfreien Intervallen begründe. Gesamthaft bestehe bei der Versicherten somit eine Restarbeitsfähigkeit von 40 %.

**3.2.2** Die RAD-Ärztin nahm zum psychiatrischen Gutachten im Bericht vom 4. April 2007 (AB 16) dahingehend Stellung, dass dieses einige Män-

gel und Unstimmigkeiten aufweise. Das Gutachten schildere die lebenslangen Probleme der Versicherten gut. Diese habe sich über Jahre überfordert. Weniger schlüssig seien die Ausführungen zur Arbeitsunfähigkeit. Obwohl Dr. med. D. \_\_\_\_\_ zum Untersuchungszeitpunkt keine Depression diagnostiziert habe, spreche er von einer dauerhaften Einschränkung durch eine mittelschwere Depression. Die psychiatrische Erkrankung, wie sie im Gutachten geschildert werde, erkläre eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % nicht. Die Versicherte sei konstitutionell nicht für schwere körperliche Arbeit geeignet. Eine leichte körperliche Arbeit als Rezeptionistin könnte sie wie vorher zu 60 - 80 % machen. Es sei keine klare Verschlechterung der psychischen oder körperlichen Gesundheit seit 2004 dokumentiert, lediglich Veränderungen der Arbeitssituation und der Lebensumstände.

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 18. Oktober 2007 (AB 26) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.3.1** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 5. Oktober 2012 (AB 32) bezogen auf ihren Fachbereich rezidivierende depressive Episoden, mittelgradig bis schwer (ICD-10: F33.1/2), eine Angst- und Panikstörung (ICD-10: F41.0) sowie eine ausgeprägte Schlafstörung. Die behandelnde Ärztin führte aus, trotz gutachterlicher Einschätzung einer Restarbeitsfähigkeit von nur 40 % sei der Patientin eine Teilrente verweigert worden. Da sie aus Krankheitsgründen nur immer 40 - 50 % hätte arbeiten können, hätten die existenziellen Ängste massiv zugenommen, so dass sich das psychische Krankheitsbild nochmals verschlechtert habe. Die Existenzangst habe dazu geführt, dass die Patientin im Sommer 2012 versucht habe, 70 - 80 % zu arbeiten. Durch diese Überforderung sei sie in eine schwere depressive Episode mit Suizidgedanken geraten und habe mehrere Wochen krankgeschrieben werden müssen. Im Anschluss sei die Leistungsfähigkeit weiter stark reduziert, so dass sie maximal zu 30 % arbeiten könne, dies auch nur versuchsweise. Die Krankheit verlaufe chronisch, mit einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit sei nicht mehr zu rechnen. Wie der Versuch gezeigt habe, verschlimmere sich das Krankheitsbild bis hin zur Suizidalität. Es sei auch fraglich, ob die Teilarbeitsfähigkeit beibehalten werden könne.

**3.3.2** Dem Bericht vom 9. März 2013 (AB 46) des Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, ist zu entnehmen, dass sich die Patientin in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt fühle und schnell ermüde, wofür körperlich kein pathologischer Befund nachweisbar sei.

**3.3.3** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ erwähnte im Gutachten vom 14. September 2013 (AB 54.1 - 54.2) die folgenden Diagnosen:

Somatoforme Störung (ICD-10: F45)

- seit 2006 dokumentiert, anamnestisch seit Kindheit / Jugendzeit
- rein phänomenologisch vergleichbar einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) / undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) / anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
- mit ängstlich-depressiv-neurasthenischem Syndrom
  - bei gemäss Akten rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4)
  - bei gemäss Akten Verdacht auf Status nach Panikstörung (ICD-10: F41.0)
  - rein phänomenologisch vergleichbar einer Dysthymia (ICD-10: F34.1) / einer Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD-10: F41.2) / einer Neurasthenie (ICD-10: F48.0)
- mit akzentuierten (pedantisch / anankastisch, selbstunsicher / passiv-abhängig / aggressionsgehemmt) Persönlichkeitszügen
- bei vielfältigen psychosozialen Belastungen (AB 54.1 S. 13 f.).

Anlässlich der aktuellen Untersuchung am 24. Juli 2013 seien objektive psychopathologische Befunde nur sehr gering ausgeprägt. In der Interaktion wirke die Versicherte ängstlich-unsicher, dabei aber sthenisch und emotional expressiv. Im Affekt sei sie ernst und klagsam. Es könne kein klinisch relevantes depressives Syndrom erkannt werden. In der klinischen Beurteilung stehe vor allem ein (subjektives) Syndrom vielfältiger körperlicher Missempfindungen und der Erschöpfung im Vordergrund. Die Versicherte erlebe sich dadurch insuffizient, ängstlich, depressiv, neurasthenisch und im Selbstwertgefühl reduziert. Aufgrund der von der Versicherten angegebenen Beschwerden, die sich nach ihren Angaben seit der Kindheit / Jugendzeit und insbesondere ab 2005 verstärkt haben sollen, und der nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat sollte aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gemäss ICD-10: F45 die Kategorie einer somatoformen Störung diskutiert werden. Unter welche der Differentialtypologien der Ziffer F45 die Störung zu subsumieren wäre, sei vor allem von

akademischem Interesse und begründe aus versicherungsmedizinischer Sicht keine wesentliche Unterscheidung (AB 54.1 S. 16 f.).

In den Akten werde zusätzlich ein depressives Syndrom der Versicherten genannt, das im Sinne einer rezidivierenden Störung auftreten solle. Die ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode (gemäss F32/F33) seien objektiv nicht erfüllt (und seien es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gewesen). Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass bzw. habe dieses nie erreicht. Bei der Versicherten hätten keine der Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge bestanden, um eine (eigenständige) lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Die subjektiv angegebenen ängstlich-depressiv-neurasthenischen Verstimmungen erklärten sich vollständig als Teil einer somatoformen Störung sowie vielfältiger psychosozialer Faktoren (z. B. einfache Berufsbildung, finanzielle Sorgen / Rentenwunsch, Lebensalter, Lage am Arbeitsmarkt, allein lebend etc.) und begründeten alleine nicht ausreichend eine depressive Episode gemäss ICD-10. In diesem Zusammenhang sei auch auf den in den Akten dokumentierten sekundären Krankheitsgewinn hinzuweisen (AB 54.1 S. 17).

Die Definitionskriterien einer somatoformen Störung (ICD-10: F45) würden im Fall der Versicherten ausreichend erfüllt. Die Ausprägung der Störung sei bei ihr im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv leicht einzustufen. Dabei sei auch zu beachten, dass die objektive und die subjektive Beurteilung der (tatsächlichen) Arbeitsunfähigkeit widersprüchlich sei. Bei der Versicherten lägen die Voraussetzungen für die Unzumutbarkeit einer Schmerz- bzw. Defizitüberwindung nicht vor. Die anamnestisch postulierte depressive Störung sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als eigenständige Störung gemäss Definition der ICD-10 anzunehmen. Die subjektiv angegebenen ängstlich-depressiv-neurasthenischen Verstimmungen seien nicht von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung. Die Versicherte nehme – wenn auch subjektiv deutlich eingeschränkt – am sozialen Leben teil (bspw. berufliche Tätigkeit, Kolleginnen / Geschwister treffen, Teilnahme an einer religiösen Gemeinschaft, Haushalt führen). Ein therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung könne aus fachärztlicher (rein psychiatrisch-psychotherapeu-

tischer) Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, nachdem keine entsprechenden objektiven Angaben dokumentiert seien und die Versicherte selbst von einer Beschwerdelinderung durch unter anderem die regelmässige Einnahme des Antidepressivums berichte. Es seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine weiteren besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und / oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten bspw. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und / oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte (AB 54.1 S. 18 f.).

Der Versicherten sei zusammenfassend aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht eine Willensanspannung zur Überwindung ihrer vor allem im rein Subjektiven verbleibenden Klagen medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich. Eine relevante Minderung der Leistungsfähigkeit lasse sich für keine ausserhäusliche Tätigkeit bzw. Arbeiten im Haushalt begründen. Die hierzu widersprüchliche Einschätzung der betreuenden Psychiaterin erkläre sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch ein engagiertes Ärztin-Patientin-Verhältnis im Zusammenhang mit einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (AB 54.1 S. 20).

**3.3.4** Dr. med. G. \_\_\_\_\_ hielt in der Stellungnahme vom 17. Oktober 2013 (AB 63) fest, entgegen den Ausführungen des Gutachters erfülle die Versicherte die Kriterien für die Diagnose der rezidivierenden depressiven Episoden mittelgradig bis schwer (ICD-10: F33.1/2) mit somatischem Syndrom hinreichend. Ebenfalls sei die Diagnose einer Panikstörung belegt, es bestehe grundsätzlich eine ängstliche Grundhaltung. Aufgrund des Verlaufs und der Tatsache, dass die entsprechenden Muster bereits in der Kindheit vorhanden gewesen seien, müsse betreffend der passiv-abhängigen, anankastischen Persönlichkeitszüge eine Persönlichkeitsstörung zumindest in Betracht gezogen werden. Es sei durchaus so, dass die Versicherte in belastenden Situationen mit verschiedenen somatischen Beschwerden reagiere, dabei handle es sich aus ihrer Sicht aber nicht um eine somatoforme Störung, sondern um eine depressive Erkrankung. Im Weiteren lägen ein mehrjährig chronifizierter Krankheitsverlauf mit progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung und ein verfestigter, therapeu-

tisch nicht mehr angehbarer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung vor.

**3.3.5** Der Gutachter führte in seiner Stellungnahme vom 1. November 2013 (AB 65.1) aus, die Sicht der behandelnden Psychiaterin sei ab April 2006 dokumentiert, werde im Gutachten zur Kenntnis genommen und diskutiert. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ nenne bei ihren aktuellen Einwänden jedoch keinen neuen tatsächlichen objektiven psychopathologischen Befund, der allfällig im Widerspruch zum Gutachten stehen könnte. Auch weitere neue (allfällig aus versicherungsmedizinischer Sicht relevante) Informationen würden nicht formuliert. Er halte deshalb an seiner Einschätzung gemäss Gutachten vom 14. September 2013 fest. Am 24. Juli 2013 seien objektive psychopathologische Befunde nur sehr gering ausgeprägt gewesen. Ein klinisch relevantes depressives Syndrom habe (ebenfalls objektiv) nicht erkannt werden können. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ differenziere in ihrem Einwand allfällige objektive nicht von subjektiven Beschwerden der Versicherten, sie stütze sich in ihrer Einschätzung fast vollständig auf die rein subjektive Beurteilung durch die Versicherte selbst ab. Zur Verdachtsdiagnose "Persönlichkeitsstörung" werde in den Akten und im Gutachten ebenfalls Stellung genommen. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ erörtere in ihrem Einwand keine neuen Argumente. Schliesslich blieben auch die Hinweise auf "Krankheitsverlauf" und "Konfliktbewältigung" plakativ. Sie würden ebenfalls nicht differenziert diskutiert, seien somit nicht nachvollziehbar und blieben (wie die Einwände im Ganzen) Ausdruck der sehr persönlichen Meinung der langjährig behandelnden Psychiaterin.

### **3.4**

**3.4.1** 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.4.2** Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweismwürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung massgeblich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 14. September 2013 (AB 54.1 - 54.2) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines derartigen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiavor). Es ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden sowie die erhobenen Befunde und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Im Weiteren ist es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet.

Aufgrund des Berichts des Hausarztes Dr. med. H. \_\_\_\_\_, wonach für die geklagte Beschwerdesymptomatik körperlich kein pathologischer Befund nachweisbar ist (AB 46 S. 3; vgl. dazu auch AB 47 S. 2), ging Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar davon aus, dass es sich bei den von der Beschwerdeführerin geklagten körperlichen Missempfindungen um ein subjektives Syndrom handelt (AB 54.1 S. 16). In Übereinstimmung mit dem Vorgutachten (AB 14) ordnete der Gutachter die von der Beschwerdeführerin

bereits früher geklagten Symptome (Magenschmerzen und Magenkrämpfe; nervöses Herz mit schnellem Herzschlag; ständiges Gefühl, erbrechen zu müssen; Schmerzen in allen Körpergliedern [AB 14 S. 5 f.]) nachvollziehbar und in Übereinstimmung mit der ICD-10-Klassifikation einer Somatisierungsstörung zu. Soweit er im Gegensatz zum Vorgutachter Dr. med. D.\_\_\_\_\_ den depressiven Begleiterscheinungen nicht eigenständigen Krankheitswert beimisst, überzeugt dies deshalb, weil eine solche Diagnose – mangels Vorliegens depressiver Symptome (vgl. dazu AB 14 S. 6 f.) – bereits vom Vorgutachter nicht zu stellen gewesen wäre, worauf die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 4. April 2007 zu Recht hinwies (AB 16 S. 2). Was die von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nunmehr geltend gemachte Suizidalität anbelangt (AB 63 S. 2), steht dies in klarem Widerspruch sowohl zu dem von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ erhobenen Psychostatus als auch zu den Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen des MADRS-Test selbst (AB 54.2 S. 10). Mit der Stellungnahme vom 17. Oktober 2013 (AB 63) vermag sie keine begründeten Zweifel am Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zu wecken, zumal dieser deren Vorbringen mit der Stellungnahme vom 1. November 2013 (AB 65.1) schlüssig und nachvollziehbar entkräftet hat. Diesbezüglich ist im Weiteren auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach in Bezug auf Atteste von Hausärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

**3.6** Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ ist im Ergebnis nicht von einer Verbesserung, sondern von einem unverändert gebliebenen Gesundheitszustand auszugehen, weshalb es in Bestätigung der angefochtenen Verfügung vom 12. November 2013 (AB 67) mit der Abweisung der Beschwerde sein Bewenden haben muss. Daran ändert nichts,

dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Verfügung vom 18. Oktober 2007 (AB 26) zu Unrecht von einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden ausgegangen ist, weil sie bereits damals – wenn auch mit unzutreffender Begründung – das Leistungsbegehren abgewiesen hat.

#### **4.**

**4.1** 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):
- B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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