

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 27. März 2015 abgewiesen (8C\_673/2014).

**200 13 1149 IV**  
FUR/ZID/ARJ

## **Verwaltungsgericht des Kantons Bern**

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. August 2014**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Zimmermann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch **B.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. Dezember 2013

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1955 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Oktober 2010 unter Hinweis auf Handgelenkschmerzen, Arthrosen im Handgelenk, Rücken und Nacken, einen Darm- und Blasenvorfall mit Kreuzbeschwerden sowie mehrmalige Schleudertraumen mit Halswirbelverstauchung bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). In der Folge verneinte die IVB aus gesundheitlichen Gründen berufliche Eingliederungsmassnahmen (AB 4) und nahm Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor (AB 6 ff.). Nach Antritt einer neuen Arbeitsstelle (wiederum in einem Pensum von 80%) im Februar 2011 (AB 20) schloss die IVB die beruflichen Massnahmen ab (AB 22) und verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente mit der Begründung, ein Rentenanspruch sei nicht entstanden (Verfügung vom 21. April 2011; AB 29).

### **B.**

Aufgrund eines erneuten Gesuchs um IV-Leistungen wegen Verschlechterung des Gesundheitszustands (erhöhte Unfallträchtigkeit wegen Gleichgewichtsstörungen) und drohenden Anstellungsverlusts, der am 26. August 2011 Tatsache wurde (vgl. AB 73.2/4 und 74/1), holte die IVB neue medizinische Unterlagen (AB 30, 37, 39, 51, 58, 62, 66) und die Akten der Unfallversicherer (AB 73.1 ff. und 86.1 ff.) ein. An die Hand genommene berufliche Massnahmen (AB 34) wurden per 30. Oktober 2011 bis auf weiteres abgeschlossen, da die behandelnden Ärzte lediglich ein Pensum von 30% attestierten ohne Aussicht auf Progression (AB 42). Im November 2011 ersuchte die Versicherte wegen mittelgradiger Schwerhörigkeit beidseits um Übernahme der Kosten für Hörgeräte (AB 43, vgl. auch AB 60); diesem Gesuch wurde am 1. Februar 2012 entsprochen (AB 61). Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Z. \_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 3. Januar 2013 (AB 92.1) sowie den Abklärungsbericht Haushalt vom 13. April 2013

(AB 94) ermittelte die IVB unter der Annahme, die Versicherte wäre im Gesundheitsfall zu 80% erwerbstätig und zu 20% im Haushalt beschäftigt, einen Invaliditätsgrad von 17% und stellte ihr mit Vorbescheid vom 22. April 2013 die Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich der Invalidenrente in Aussicht (AB 95). Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch die B.\_\_\_\_\_, Einwand und reichte in diesem Zusammenhang diverse medizinische Unterlagen ein (AB 101, 103 und 106). Nach Eingang weiterer medizinischer Unterlagen der Versicherten (AB 103, 113 und 114) hielt die IVB nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 108 und 117) und dem Abklärungsdienst (AB 119) am Vorbescheid fest und verneinte mit Verfügung vom 6. Dezember 2013 einen Anspruch auf eine Invalidenrente (AB 120).

### C.

Dagegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch die B.\_\_\_\_\_, am 30. Dezember 2013 Beschwerde und beantragte, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen, eventualiter sei ein externes Zweitgutachten einzuholen, subeventualiter sei durch eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit oder durch eine andere geeignete Massnahme die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit erneut abzuklären, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung lässt sie im Wesentlichen vorbringen, gestützt auf die von ihr eingereichten medizinischen Unterlagen sei eine Wiedereingliederung auf dem freien Arbeitsmarkt kaum mehr möglich. Da ihr manuelle Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien, erwiesen sich das MEDAS-Gutachten vom 3. Januar 2013 (AB 92.1) und der Abklärungsbericht Haushalt vom 13. April 2013 (AB 94) als mangelhaft. Sofern ihre Arbeitskraft überhaupt noch im ... verwertbar sei, wäre bei der Bemessung des Invalideneinkommens ohnehin auf den Tabellenlohn der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) gemäss Tabelle TA7 Ziff. ... (...) im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) abzustellen, andernfalls gar auf die Tabelle TA1, und es sei ihr aufgrund ihrer multiplen Einschränkungen ein höherer leidensbedingter Abzug zuzulassen.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Februar 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und wies darauf hin, dass selbst bei der Festsetzung des Invalideneinkommens nach Tabelle TA1 im Anforderungsniveau 4 kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultieren würde.

### **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 6. Dezember 2013 (AB 120). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und in diesem Zusammenhang in erster Linie, ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). 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** Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die

Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354). Diese für alle Versicherten in gleicher Weise geltende Gerichtspraxis ist weder menschenrechtswidrig noch diskriminierend (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2) noch basiert sie – mit Blick auf die rechtliche Natur des Kriterienkataloges – auf medizinwissenschaftlich unhaltbaren Annahmen (SVR 2012 IV Nr. 32 S. 128 E. 2.3 - 2.5).

Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb analog anwendbar auf Fibromyalgien (BGE 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 132 V 65 E. 4 S. 70; SVR 2011 IV Nr. 26 S. 74 E. 2.3).

**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 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.5** 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 Neuanschuldung 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 Neuanschuldungsverfahren – 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** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung (vgl. AB 47 und 74/1) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 21. April 2011 (AB 29) und der Verfügung vom 6. Dezember 2013 (AB 120) eine Veränderung in den tatsächlichen (medizinischen/erwerblichen) Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiavor).

**3.2** Aktenkundig und unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin seit Ende August 2011 ohne Anstellung ist (AB 73.2/4, AB 94/4 Ziff. 3.2). Da ein Stellenverlust eine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse darstellt, welcher sich in erwerblicher Hinsicht und folglich auf den Invaliditätsgrad bzw. die Höhe des Rentenanspruches auswirken kann, ist damit gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Juni 2007, I 115/06, E. 4.3) ein Revisionsgrund gegeben. Folglich ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen geprüft werden (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1). In diesem Zusammenhang ist streitig und somit zu prüfen, ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist und den Schluss zulässt, die Beschwerdeführerin habe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

#### 4.

**4.1** Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 6. Dezember 2013 (AB 120) stützt sich im Wesentlichen auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 3. Januar 2013 (AB 92.1). Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkt (AB 92.1/48 f. Ziff. 5.1):

1. Ausgeprägte Arthrose Radiokarpalgelenk radio-styloidal, radio-scaphoidal und medio-karpal (SLAC-Wrist Stadium III) links (ICD-10 M19.2) bei
  - statischer scapho-lunärer Rotationsinstabilität mit DISI-Fehlstellung des Os lunatum infolge chronischer Ruptur des scapho-lunären Ligaments
  - Status nach multiplen Traumatisierungen 2001, 2004, Radiusfraktur 2005, 2007
2. Rhizarthrose, STT-Gelenks-Arthrose und Arthrose distales Radioulnargelenk (DRUG) beidseits, links > rechts (ICD-10 M18.9)
3. Ruptur luno-triquetrales Ligament links
4. Leichtgradige Radiostyloidalarthrose Handgelenk rechts (SLAC-Wrist Stadium I) (ICD-10 M19.9) bei
  - Verdacht auf Ruptur scapho-lunäres Ligament ohne statische Rotationsinstabilität (Partialruptur)
  - Status nach Kontusion/Distorsion am 13. Oktober 2010
5. Chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1)
  - Status nach mehrfachen HWS-Distorsionstraumata

- klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik
  - radiologisch Spondylosis deformans C4 bis C6
  - computertomographisch 12/11 kein Nachweis einer Diskushernie
6. Chronisches thorako-lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
- klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik
  - radiologisch Osteochondrosen L3 bis S1, Status nach thorakolumbalen M. Scheuermann
  - linkskonvexe Lumbalskoliose
  - kein Nachweis einer Diskushernie (MRI 02/02)
7. Hypermobilitätssyndrom (ICD-10 M35.7)
- in diesem Rahmen wechselnde Polyarthralgien
  - klinisch, labortechnisch, radiologisch, kernspintomographisch und skelettszintigraphisch keine Hinweise für entzündlich-rheumatische Erkrankung
8. Hochtonschallempfindungs-Schwerhörigkeit links (ICD-10 H90.4)
- mit Zustand nach binauraler Hörgeräteversorgung
9. Tinnitus links bei Diagnose 5.1.8 (ICD-10 H93.1)
- aktuell mittelgradig kompensiert
10. Periphere vestibuläre Funktionsstörung links (ICD-10 H81.3)
- zentral inkomplett kompensiert
11. Defäkationsstörung (ICD-10 K59.8)
- Status nach STARR-Operation 2006
  - Status nach vorderer und hinterer Scheidenraffung 2009
  - Status nach anteriorer Rektosigmoidresektion und Deszendorektostomie 27. März 2012
12. Beckenbodenschwäche mit rezidivierendem relevantem Descensus genitalis (ICD-10 N81.8)
- 2004 Kolporrhaphia anterior und posterior
  - 2006 STARR-Operation (Transanale Enddarmverkleinerung)
  - 2009 Kolporrhaphia anterior und posterior
  - 2012 Laparoskopische anteriore Rektosigmoidresektion mit Descendorektostomie End- zu end-Anastomose 8 cm ab ano
13. Chronisch rezidivierende Unterbauchschmerzen seit Jahren, DD Adhäsion postoperativ (ICD-10 R10.3)
- aktuell hauptsächlich Stuhlgang- und Miktionsinduziert, sowie beim Heben von Lasten
  - 1989 Diagnostisch-therapeutische Laparoskopie bei Unterbauchschmerzen: Endometriose II°
  - 1996 Abdominale Hysterektomie bei Adenomyosis uteri und Pelvic Congestion
  - 1977 Teilovarektomie links bei Adnexbefund, Gelegenheitsappendektomie
  - 2010 Laparoskopische Adnexektomie beidseits bei Zystadenofibrom rechts und einfacher Zyste
  - Status nach drei Spontangeburt 1979, 1981, 1986
  - 1992 Laparoskopische Sterilisation

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden (unter anderem) der Status nach Kontusionen/Distorsionen des rechten Handgelenks am 13. Oktober 2010, 9. September 2011 und 25. November 2011 sowie der Status nach

Distorsionen des linken Handgelenks am 17. Juni, 9. September und 25. November 2011 angesehen (AB 92.1/49 Ziff. 5.2). Die Gutachter sprachen der Beschwerdeführerin aus polydisziplinärer Sicht die Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als ... sowie für andere körperlich mittelschwer und schwer belastende berufliche Tätigkeiten seit August 2011 ab und erachteten sie für verschiedentlich angepasste, körperlich leicht belastende Tätigkeiten als zu 70% arbeits- und leistungsfähig, wobei das Pensum vollschichtig umgesetzt werden könne mit erhöhtem Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement. Im Haushalt bestehe bei freier Zeiteinteilung, wie bei adaptierten Verweistätigkeiten, eine Einschränkung von 30%; eine adaptierte Erwerbstätigkeit sei ihr neben dem Haushalt zumutbar (AB 92.1/51 ff. Ziff. 6.2 ff.).

**4.2** Im Vorfeld und im Nachgang zu diesem Gutachten ergingen im Wesentlichen folgende Einschätzungen der behandelnden Ärzte:

**4.2.1** Der frühere Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, erachtete im Bericht vom 15. Januar 2012 die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 30% ab 28. September 2011 als möglich, wies aber auch auf eine Persistenz und Verschlechterung des Gesundheitszustandes hin (AB 58/3 ff. Ziff. 1.5 und 1.9).

**4.2.2** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, beurteilte im Bericht vom 5. August 2011 die bisherige berufliche Tätigkeit aus medizinischer (gynäkologischer) Sicht als nicht mehr zumutbar, da in der ... eine Arbeitszuweisung ohne Heben kaum möglich sei (AB 30/8).

**4.2.3** Gemäss Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie FMH, kämen für die Beschwerdeführerin einerseits keine belastenden Tätigkeiten und andererseits keine feinen repetitiven Bewegungen mit Spitzgriff mehr in Frage. Bezüglich Handgelenke bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit; offenbar sei sie aus anderweitigen gesundheitlichen Gründen (Magen/Darm und Rücken) vom Hausarzt zu 100% arbeitsunfähig geschrieben worden (Bericht vom 20. September 2011; AB 39/2). Nach einer erneuten Traumatisierung erachtete sie die Klinik als zum radiologischen

Befund und zur Tatsache passend, dass die Beschwerdeführerin mit jeglicher beruflicher Tätigkeit, sei es eher manuell in der ... oder feinmotorisch mit repetitiven Belastungen im Büro etc. Schwierigkeiten habe (Bericht vom 28. November 2011; AB 73.3/62).

**4.2.4** Die vom behandelnden Rheumatologen und nunmehrigen Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, im Bericht vom 15. April 2011 (AB 28/2 ff.) festgestellte verminderte Belastbarkeit bei degenerativen Veränderungen und Dekonditionierung im Bereich der gesamten Wirbelsäule und die daraus resultierende 100%ige Arbeitsunfähigkeit als ... sowie die 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte, adaptierte Tätigkeiten (AB 28/6 f. Ziff. 1.7 und 1.11) deckt sich mit der Auffassung der Gutachter. Wie die Gutachter konnte er bis anhin keine radikuläre Irritations- oder Kompressionszeichen feststellen (AB 28/4). Die von ihm gestellte Diagnose eines generalisierten Schmerzsyndroms mit formal erfüllten Kriterien einer Fibromyalgie (AB 28/2 Ziff. 1.1) konnten die Gutachter nicht bestätigen und erklärten die Beschwerden durch die deutlichen degenerativen Veränderungen im Wirbelsäulenbereich und das Hypermobilitätssyndrom (AB 92.1/24 Ziff. 4.2.7). Mit Bericht vom 30. November 2011 wies der Hausarzt darauf hin, dass aufgrund der diversen Traumatisierungen und deren Folgen auf die Gesundheit die von der Beschwerdegegnerin veranlassten beruflichen Massnahmen (vgl. AB 42) ab dem 5. September 2011 initial zu 50%, im Rahmen der zunehmenden Beschwerden ab 29. September zu 70% und ab 29. Oktober 2011 definitiv hätten abgebrochen werden müssen (AB 51/2). Im Bericht vom 12. März 2012 vertrat er die Auffassung, eine Wiedereingliederung sei in Anbetracht der exazerbierten Beschwerden im Bereich der Handgelenke und Finger sowie des Rückens auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr möglich (AB 66/3). Diese Auffassung konnte im polydisziplinären Gutachten aufgrund der Rückenproblematik und dem Hypermobilitätssyndrom nicht (AB 92.1/24 Ziff. 4.2.7) und in Bezug auf die Hand- und Fingerproblematik nur bedingt bestätigt werden (AB 92.1/44 Ziff. 4.6.5).

Konfrontiert mit dem Gutachten (AB 92.1) führte der Hausarzt auf Anfrage der Rechtsvertreterin der Gesuchstellerin aus, dass sich deren Gesundheitszustand seit seinen letzten Einschätzungen nicht bzw. höchstens ge-

ringförmig verschlechtert habe. In Übereinstimmung mit dem Gutachten sei sie weiterhin für eine Tätigkeit als ... 100% arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit maximal 30%, allerdings nicht auf dem freien Arbeitsmarkt, sondern höchstens im geschützten Rahmen, was ja schon im Rahmen der beruflichen Massnahmen (vgl. AB 42) festgestellt worden sei. In diesem Rahmen bestehe eine reduzierte Leistungsfähigkeit von 20 bis 30%. Es bestehe eine ausgeprägte allgemein verminderte Belastbarkeit im Bereich des Bewegungsapparates, betont im Bereich der gesamten Wirbelsäule, einerseits lumbal, Beckengürtel und untere Extremität, sowie Rückenboden bei chronischer Beckenschwäche mit rezidivierendem relevantem Descensus genitalis, sowie im Bereich des Nackens, Schultergürtels und insbesondere auch im Bereich der Handgelenke beidseits. Nebst der generalisierten Einschränkung der Belastbarkeit am gesamten Bewegungsapparat (inkl. Beckenboden) bestehe auch eine gestörte Feinmotorik, bereits bei repetitiven feinmotorischen Arbeiten mit den Händen bzw. Fingern verstärkten sich die Beschwerden im Bereich der arthrotischen Handgelenke beidseits. Deshalb sei auch für leichte körperliche Tätigkeiten die Belastbarkeit moderat bis deutlich eingeschränkt, insbesondere für repetitive stereotypische Arbeiten. Nicht nachvollziehbar sei deshalb die gutachterliche Feststellung, dass in einer angepassten Tätigkeit trotz der multiplen Probleme eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit ohne Leistungsminderung möglich wäre, zumal schon die 2011 durchgeführten beruflichen Massnahmen gezeigt hätten, dass sie in einem Arbeitsprozess nicht mehr eingliederbar sei. In Bezug auf die im Gutachten nicht bestätigte Fibromyalgie bestünden nebst den körperlichen Beschwerden auch eine chronisch-reaktive Depression im Sinne einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer, daneben auch chronisch-körperliche Begleiterkrankungen, ein chronischer Krankheitsverlauf und ein sozialer Rückzug (AB 103/5 ff.).

**4.2.5** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, weist in ihren Ausführungen vom 29. Mai 2013 zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin auf Konzentrationsschwierigkeiten, Schwindel, eher Schwanken und schon eingetretene Stürze nach vorne hin. Ihrer Meinung nach könne die momentane Arbeitsfähigkeit aus ORL-Sicht ohne eingehende otoneurologische Untersuchung nicht konklusiv beurteilt wer-

den. Ihr stünden die genauen Untersuchungsergebnisse der Vestibularisprüfung gemäss MEDAS-Gutachten nicht zur Verfügung; sie erweise sich als unvollständig, da die zentralen Tests nicht gemacht worden seien und die Kalorik sei nicht numerisch durchgeführt worden. Eine eingehende otoneurologische Untersuchung sei nötig, um die momentane Arbeitsfähigkeit aus ORL-Sicht konklusiv zu beurteilen (AB 103/8 f.).

**4.2.6** Auf Veranlassung von PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie FMH, erfolgten am 4. und 7. Juli 2013 MR-Untersuchungen (AB 106/3 f.) und eine Beurteilung durch Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 22. August 2013, bei welcher der Verdacht auf eine Chondrokalzinose und ein Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert worden sind (AB 113/2 f.). Nach Ansicht von PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ sei dadurch erstellt, dass die Belastbarkeit der Hand noch um einiges eingeschränkter sei, was wahrscheinlich auch die chronische Schwellung beim Tastaturschreiben erklären könnte. Als ... sei die Beschwerdeführerin 100% arbeitsunfähig; für leichte manuelle Tätigkeiten könne ohne eine Beobachtung in einer entsprechenden Anstalt keine definitive Aussage gemacht werden. In Bezug auf die Erwerbsfähigkeit müsste eine klare Definition einer leidensangepassten Tätigkeit verlangt werden. Die Beurteilung der MEDAS sei vor allem auf juristischen Begriffen basierend, was auch die unrealistische medizinische Schlussfolgerung bezüglich Arbeitsfähigkeit erkläre (Bericht vom 15. Oktober 2013 an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin; AB 114/2 ff.).

**4.3** 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).

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

**4.4** Die Beschwerdeführerin beanstandet im MEDAS-Gutachten vom 3. Januar 2013 (AB 92.1) die rheumatologische, die otorhinolaryngologische sowie die handchirurgische Beurteilung, dies unter Verweis auf Berichte der behandelnden Ärzte (AB 66/1 ff., 103/5 ff., 103/8 f., 113/2 f. und 114/2 ff.). Ihrer Meinung nach liessen diese Berichte erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit und Korrektheit des MEDAS-Gutachtens aufkommen. Insbesondere werde bemängelt, dass trotz der im Gutachten anerkannten multiplen Einschränkungen aus verschiedenen medizinischen Disziplinen von einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit von lediglich 18% bzw. einer Einschränkung im Haushalt von bloss 13% ausgegangen werde. Die Gutachter gelangten zu diesem Schluss, ohne sich näher mit den von den behandelnden Ärzten gemachten Ausführungen zur Erwerbstätigkeit auseinanderzusetzen. Zudem werde gänzlich ausser Acht gelassen, dass die bislang unternommenen Arbeitsversuche aus medizinischen Gründen hätten abgebrochen werden müssen (Beschwerde, S. 3 ff.).

**4.5** Das MEDAS-Gutachten vom 3. Januar 2013 (AB 92.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines me-

dizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.3 hiervor), weshalb diesem volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden im Rahmen eines interdisziplinären Konsensus getroffen worden. Das darin aufgezeigte Zumutbarkeitsprofil deckt sich mit den Feststellungen der behandelnden Ärzte: Im angestammten Beruf als ... sei keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. In einer leichten, leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine verminderte Arbeits- und Leistungsfähigkeit, wobei die Gewichtslimite 5 kg betrage, stereotype Bewegungsabläufe in Zwangshaltung kontraproduktiv seien und die Beschwerdeführerin auch bezüglich feinmotorischer Tätigkeiten deutlich handicapiert sei (AB 92.1/50). Insoweit sprechen sich denn auch die behandelnden Ärzte nicht gegen das Gutachten aus (AB 103/6 ad 4; vgl. auch AB 114/4).

**4.6** Unterschiedlich beurteilt wird einzig die Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gestützt auf das eben dargelegte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 4.5 hiervor). Während die Gutachter für verschiedentlich angepasste, körperlich leicht belastende Tätigkeiten von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% ausgehen (AB 92.1/51), attestiert der aktuelle Hausarzt eine moderate bis deutliche Einschränkung (AB 103/6 ad 2.2) im Umfang von mindestens 70% und dies höchstens im geschützten Rahmen (AB 103/6 ad 3.1; vgl. auch AB 66/3). Der die Beschwerdeführerin neu behandelnde PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_ konnte über allfällige leidensangepasste Tätigkeiten ohne Beobachtung in einer entsprechenden Anstalt keine definitive Aussage machen (AB 114/3).

**4.6.1** Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des BGer vom 26. Juli 2011, 8C\_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, 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 BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

**4.6.2** Die Beschwerdegegnerin weist in der Beschwerde (S. 2 f.) darauf hin, dass insbesondere Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit weitaus eingeschränkter eingestuft habe als dies im polydisziplinären Gutachten erfolgt sei. Dieser attestierte nach dem Sturz vom 4. August 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 3. Februar 2011 und erachtete die Arbeitsfähigkeit als ... in einem ... mit ... (trotz Antritt einer neuen Arbeitsstelle im Februar 2011; AB 20) als nicht und in administrativen Arbeiten im ... ohne Belastung der Wirbelsäule und der Handgelenke beidseits maximal zu 50% gegeben (AB 28/6 Ziff. 1.6 f.). Nachdem aufgrund eines erneuten Sturzes am 17. Juni 2011 zunächst die J. \_\_\_\_\_, eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 18. bis 20. Juni 2011 und alsdann der frühere Hausarzt vom 18. Juni bis 31. Juli 2011 bescheinigte (AB 73.3/80 f.), attestierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ darüber hinaus eine Arbeitsunfähigkeit ab 8. August 2011 bis auf weiteres, wobei er auch noch auf die seinen Informationen zufolge erfolgte Kündigung des letzten Anstellungsverhältnisses auf den 13. August 2011 hinwies (AB 51/3 ad 4). Einzig im Zusam-

menhang mit beruflichen Massnahmen der Beschwerdegegnerin (vgl. AB 34 und 42) ging Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vorübergehend von einer teilweisen Arbeitsfähigkeit von zunächst 50% und später 30% aus, ehe er sie wieder voll arbeitsunfähig erachtete (AB 66/3 ad 4). Demgegenüber ging Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nach dem Sturz vom 4. August 2010 von einer vollen Arbeitsfähigkeit ab 1. Dezember 2010 (AB 9/2, 28/18, 28/11) und nach dem Sturz vom 17. Juni 2011 ab 23. Juli 2011 zunächst von einer 50%igen und ab 15. August 2011 ebenfalls wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus (AB 73.3/78 f.). Dies relativierte sie im Bericht vom 20. September 2011 unter Hinweis darauf, dass die Aufnahme einer Tätigkeit in der ... offenbar an der Belastung vor allem des linken Handgelenks gescheitert sei, weshalb theoretisch keine belastende Tätigkeit mehr in Frage komme und ebenso feine repetitive Bewegungen mit Spitzgriff problematisch seien, dahingehend, dass sie bezüglich der Handgelenke trotzdem zu 50% arbeitsfähig sei, wobei sie aus anderweitigen gesundheitlichen Gründen (Magen/Darm und Rücken) vom Hausarzt zu 100% arbeitsunfähig geschrieben sei (AB 39/2). Auch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ weist im Bericht vom 5. August 2011 darauf hin, dass von ihr in den letzten drei Jahren keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden sei; geistige und psychische Einschränkungen würden nicht bestehen, wohl aber körperliche, da die Beschwerdeführerin bei den bestehenden Befunden nicht zu schwer heben sollte, weshalb deren bisherige Tätigkeit unzumutbar erscheine (AB 30/8).

Anders als die begutachtenden und die übrigen behandelnden Ärzte geht einzig Dr. med. F. \_\_\_\_\_ von einer derart weitreichenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus. Wohl auch deshalb liess sich die Beschwerdeführerin zur Aussage verleiten, Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nehme sie ernst, zumal er sie weiterhin krankgeschrieben (richtig wohl: arbeitsunfähig geschrieben) habe; zu Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gehe sie ganz sicher nicht mehr, diese habe sie nicht mehr krankschreiben (richtig wohl: arbeitsunfähig schreiben) wollen (AB 73.1/28). Aufgrund der Akten drängt sich die Annahme auf, dass Dr. med. F. \_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin auch dann noch arbeitsunfähig schrieb, wenn andere Ärzte davon absahen (vgl. auch AB 73.2/5 f.). Diese weitgehende Arbeitsunfähigkeitsschreibung weicht von den Feststellungen der Gutachter und den Einschätzungen der weiteren

behandelnden Ärzte ab, ohne dass dies Dr. med. F.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar begründen würde.

**4.6.3** Dr. med. F.\_\_\_\_\_ sieht sich in seiner Auffassung auch deshalb bestätigt, da die 2011 durchgeführten beruflichen Massnahmen hätten abgebrochen werden müssen (AB 51/2) und die Beschwerdeführerin demnach nicht mehr eingliederbar sei (AB 103/6 ad 4). Diese Aussage gilt es wie folgt zu relativieren: Die beruflichen Massnahmen wurden bis auf weiteres abgeschlossen, weil die behandelnden Ärzte – insbesondere Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (AB 51/2, 57/8, 57/11, 66/3 ad 4, 73.3/63) – lediglich ein Pensum von 30% attestierten und keine Progression habe erzielt werden können (AB 42/1). Zudem ist entgegen den Vorbringen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (vgl. AB 51/3 ad 4 sowie E. 4.6.2 hiervor) das letzte Anstellungsverhältnis der Beschwerdeführerin nicht gekündigt, sondern im gegenseitigen Einvernehmen, aber auf ausdrücklichen Wunsch der Beschwerdeführerin (nach nur ein paar geleisteten Arbeitstagen mit anschliessender Arbeitsunfähigkeit) aufgelöst worden (AB 56, 73.2/1 ff.).

**4.6.4** Die von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit basiert (unter anderem) auch auf der Diagnose eines generalisierten Schmerzsyndroms und einer Fibromyalgie (so z.B. AB 28/2 Ziff. 1.1, 51/2 ad 2a, 66/3 ad 4d, 103/7; vgl. auch AB 114/2), welche im Gutachten verworfen worden ist (AB 92.1/24 Ziff. 4.2.7). In diagnostischer Hinsicht ist unerheblich, ob von einer Fibromyalgie oder einem generalisierten Schmerzsyndrom auszugehen ist, werden doch sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen unterstellt (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Vorliegend fehlt es aber schon an einer fachärztlich (psychiatrisch) gestellten Diagnose (vgl. E. 2.2 hiervor), da Dr. med. F.\_\_\_\_\_ (vgl. AB 103/5 ff.), Dr. med. I.\_\_\_\_\_ (vgl. AB 113/2 ff.) und PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_ (vgl. AB 114/2 ff.) fachfremd Stellung zu psychiatrischen Fragen nehmen. Insbesondere ist die im Vordergrund stehende Frage nach dem Vorliegen einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer – wie im Gutachten erwähnt – zu verneinen: Es konnten keine psychopathologischen Symptome festgestellt werden (AB 92.1/18 f.) und die psychiatrische

Behandlung (aufgrund finanzieller Schwierigkeiten; AB 92.1/19 Ziff. 4.1.8) brach die Beschwerdeführerin beim vierten Termin ab (AB 69; vgl. auch AB 64/2). Auch die weiteren massgeblichen Kriterien wären vorliegend nicht oder nicht in einem Ausmass erfüllt, um von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgehen zu können. Anzeichen für einen primären Krankheitsgewinn liegen nicht vor. Ebenso wenig kann von einem unbefriedigenden Behandlungsergebnis ausgegangen werden, steht doch die Beschwerdeführerin nicht (mehr) in einer entsprechenden Behandlung. Sie beschreibt sich denn auch als optimistischen Menschen und plant die Zukunft. Sie hat einen guten Kontakt zu ihren drei Kindern, pflegt zahlreiche Kontakte zu Kolleginnen und Bekannten und lebt seit 12 Jahren in einer Beziehung mit ihrem Freund (AB 92.1/18 Ziff. 4.1.4). Damit liegt auch kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vor. Entsprechend wären trotz körperlichen Beschwerden und einem mehrjährigen chronifizierten Krankheitsverlauf diese Kriterien nicht derart ausgeprägt, um eine Willensanstrengung zur Überwindbarkeit als unzumutbar erscheinen zu lassen (vgl. E. 2.2 hiervor). Aus rechtlicher Sicht müsste daher entgegen der insbesondere von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vertretenen Ansicht (AB 103/7) davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin diesbezüglich über hinreichende Ressourcen verfügt, um trotz der von ihr zusätzlich wahrgenommenen Einschränkungen in einer Verweistätigkeit eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

**4.6.5** Die von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vorgetragene Schwindelbeschwerden (vgl. E. 4.2.5 hiervor) sind im Gutachten sowohl aus neurologischer als auch aus otorhinolaryngologischer Sicht ausführlich gewürdigt worden. Klinisch konnte unter der Frenzel-Brille vom Neurologen kein Korrelat für einen Drehschwindel gefunden werden (AB 92.1/26 f.). Im otorhinolaryngologischen Teilgutachten ergaben sich Hinweise auf eine zentral unvollständig kompensierte peripher vestibuläre Funktionsstörung, jedoch nicht auf eine zentrale Störung, was die Gleichgewichtsstörungen in Dämmerung und Dunkelheit bzw. bei Verlust der visuellen Kontrolle erklären würde. Der Anamnese und den klinischen Befunden wurde bei der Beurteilung der Zumutbarkeit entsprechend Rechnung getragen (AB 92.1/30 f.). Insofern werden keine wichtigen Aspekte benannt, die im Rahmen der Begutach-

tung unerkant oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. E. 4.3 zweiter Abschnitt hiervoor).

**4.6.6** Unbehelflich erweist sich schliesslich der Hinweis auf eine Chondrokalzinose (vgl. E. 4.2.6 hiervoor), zumal es sich dabei um eine blosse Verdachtsdiagnose handelt. Soweit damit Einschränkungen beim Tastaturschreiben geltend gemacht werden sollen (so AB 114/2 f.), ist darauf hinzuweisen, dass schon aufgrund der degenerativen Veränderungen beider Handgelenke stereotype Bewegungsabläufe in Zwangshaltung und feinmotorische Tätigkeiten als deutlich eingeschränkt angesehen wurden (AB 92.1/44 Ziff. 4.6.5). Die (vermeintlich) unterschiedlichen Diagnosen haben somit keinen Einfluss auf das Zumutbarkeitsprofil. Soweit in diesem Zusammenhang PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ sodann eine juristische Schlussfolgerung bezüglich Arbeitsfähigkeit moniert (AB 115/4), ist davon auszugehen, dass er auf das in der Medizin verbreitete bio-psycho-soziale Krankheitsmodell abstellt. Dieses ist weiter gefasst als der für die Belange der Rechtsanwendung massgebende sozialversicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299). Beruhen divergierende ärztlichen Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit allein auf der Verwendung unterschiedlicher krankheitsbegrifflicher Prämissen, so liegen keine einander widersprechenden Einschätzungen im Sinne von BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 vor (SVR 2007 IV Nr. 33 S. 118 E. 5.2).

**4.7** Nach dem Dargelegten erweist sich die in der Beschwerde erhobene Kritik am MEDAS-Gutachten (AB 92.1) weder als stichhaltig noch vermag sie das Gutachten in Zweifel zu ziehen. Auf das Gutachten ist somit abzustellen. Die Gutachter kommen zum nachvollziehbaren Schluss, dass die bisherige Tätigkeit als ... seit August 2011 nicht mehr zumutbar ist. Seither besteht eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für leichte, adaptierte Tätigkeiten. Aufgrund des ausführlichen und nachvollziehbaren Gutachtens sowie der überzeugenden Auseinandersetzung des RAD (AB 108 und 117) mit den von der Beschwerdeführerin während des Vorbescheidverfahrens eingereichten medizinischen Unterlagen steht fest, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen ist. Dass diese Arbeit nur in einem geschützten

Rahmen ausgeführt werden könnte, ist dem Gutachten hingegen nicht zu entnehmen und wird denn auch nicht nachvollziehbar begründet.

**4.8** In Bezug auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 12. April 2013 (AB 94) ist für die Beschwerdeführerin nicht nachvollziehbar, weshalb ihr maximal eine Einschränkung von 20% attestiert wird, zumal ihr viele Tätigkeiten nur noch erschwert möglich seien und sie den Haushalt gänzlich alleine führe. Auch mit Blick auf die Tätigkeit im Haushaltbereich sei der Sachverhalt unrichtig abgeklärt worden (Beschwerde, S. 6 f.).

**4.8.1** Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

**4.8.2** Der vorliegende Abklärungsbericht Haushalt ist nicht zu beanstanden; er überzeugt, ist angemessen detailliert, plausibel begründet und erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung. Es sind keine klaren Fehleinschätzungen ersichtlich, die ein Eingreifen in das Ermessen der kompetenten Abklärungsperson anzeigen würden. Insbesondere ist – gestützt auf die Ausführungen der Beschwerdeführerin und mit Blick auf die ihr obliegende Schadenminderungspflicht – keine Dritthilfe im Haushaltbereich, wohl aber die Möglichkeit von Pausen in Betracht gezogen worden (vgl. AB 119). Das darin aufgezeigte Zumutbarkeitsprofil deckt sich denn auch mit den gutachterlichen Feststellungen (vgl. E. 4.5 und 4.6.6 hiervor). Dem Abklärungsbe-

richt Haushalt vom 12. April 2013 (AB 94) kommt damit volle Beweiskraft zu.

**4.9** Nach dem Dargelegten erweisen sich sowohl das MEDAS-Gutachten (AB 92.1) als auch der Abklärungsbericht Haushalt (AB 94) als ausreichend; weitere Abklärungen, wie in der Beschwerde eventualiter beantragt, erübrigen sich demzufolge.

**4.10** Im Rahmen der umfassenden Prüfung des Rentenanspruchs (vgl. E. 3.2 hiervor) ist auch der Status zu prüfen. Dieser ist indessen unbestritten, zumal die Beschwerdeführerin seit 1999 in einem Pensum von 80% gearbeitet hat und dies auch bei guter Gesundheit so tun würde (AB 94/4 f. Ziff. 3.2 und 3.5). Insofern haben sich keine Änderungen ergeben.

## **5.**

**5.1** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode; BGE 125 V 146 E. 2a S. 149). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen, nicht erwerbstätigen Personen gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt.

Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit beziehungsweise der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 125 V 146 E. 2a S. 150).

**5.2** Für die Festlegung des Invaliditätsgrades im erwerblichen Bereich ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. 5.1 erster Abschnitt hiavor).

**5.2.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns bzw. im Revisionszeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (AHI 1999 S. 240 E. 3b; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**5.2.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu

voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohn­mässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

**5.3** Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin in der Beschwerde, S. 7, ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (AB 94/6 Ziff. 3.9) auch nicht in Bezug auf die Bemessung des Invalideneinkommens und den leidensbedingten Abzug zu beanstanden. So erscheint die Berechnung des Invalideneinkommens gestützt auf LSE, TA7/..., Anforderungsniveau 3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt), Frauen, nicht falsch, besitzt die Beschwerdeführerin doch einen Berufsabschluss sowie jahrelange Berufserfahrung und es sind ihr verschiedentlich angepasste, körperlich leicht belastende Tätigkeiten zu 70% zumutbar. Den behinderungsbedingten Einschränkungen und allenfalls dem fortgeschrittenen Alter (vgl. dazu Entscheid des BGer vom 5. Januar 2012, 8C\_684/2011, E. 5.3) werden mit der Annahme eines auf 70% beschränkten Einsatzes sowie eines Abzuges von 10% genügend Rechnung getragen. Die weiteren sich gemäss der Rechtsprechung potenziell lohnmindernd auswirkenden Kriterien (vgl. E. 5.2.2 hiervor) lassen bei der gegebenen Sachlage keinen Abzug rechtfertigen.

**5.4** Entsprechend den Berechnungen der Beschwerdegegnerin resultiert somit bei einem Valideneinkommen von Fr. 55'265.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 45'297.40 (vgl. AB 94/6 Ziff. 3.9) eine Erwerbseinbusse von Fr. 9'967.60, was einer Einschränkung von 18.04% entspricht. Gewichtet besteht im Erwerbsbereich somit eine Einschränkung

von 14.43% ( $80 / 100 \times 18.04$ ) und im Haushalt eine solche von 2.6% ( $20 / 100 \times 13$ ), womit der Gesamtinvaliditätsgrad 17.03% ( $14.43\% + 2.6\%$ ) beträgt. Selbst wenn bei der Festsetzung des Invalideneinkommens auf LSE TA1, Anforderungsniveau 4 (einfachen und repetitiven Tätigkeiten), Frauen, abgestellt würde, würde entsprechend den Ausführungen in der Beschwerdeantwort noch immer ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultieren.

**5.5** Damit ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **6.**

**6.1** 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 gleicher Höhe entnommen.

**6.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**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

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.