

200 13 803 IV  
SCI/SCC/SEE

## Verwaltungsgericht des Kantons Bern

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Mai 2014

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Matti  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

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

Beschwerdeführerin

gegen

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



betreffend Verfügung vom 5. August 2013

## Sachverhalt:

### A.

Die 1981 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) arbeitete vom Dezember 2006 bis 31. August 2010 als ... für die C.\_\_\_\_\_. Diese Stelle kündigte die Versicherte infolge der Geburt ihres dritten Kindes (... 2010; Dossier der IV-Stelle Bern, Antwortbeilage [AB] 5.1 S. 144, 158, 188). Ab dem 10. Mai 2011 stellte sie Antrag auf Arbeitslosenentschädigung (AB 5.1 S. 157). Am 17. November 2011 erlitt sie einen Unfall (AB 5.1 S. 185).

Die Versicherte meldete sich am 11. April 2012 zum Bezug von Leistungen bei der IV-Stelle Bern (IVB) an (AB 1). Die IVB holte die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA; AB 5.1 S. 1-262, 19.1 S. 1-273, 20.2 S. 1-322, 43.2 S. 1-405) sowie der Arbeitslosenkasse (AB 13 S. 1-111) ein. Weiter holte sie einen IK-Auszug (AB 9), Berichte von PD Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Spital E.\_\_\_\_\_, vom 31. Mai 2012 (AB 16) und 7. September 2012 (AB 26) sowie von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 1. September 2012, zusammen mit weiteren Arzt- und Spitalberichten (AB 24), und von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Psychiatrie, Psychotherapie FMH, vom 6. und 12. Oktober 2012 (AB 32) ein.

Die IVB veranlasste in der Folge eine bidisziplinäre orthopädische und psychiatrische Begutachtung durch die Dres. med. H.\_\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und I.\_\_\_\_\_, Psychiater und Psychotherapeut, MEDAS J.\_\_\_\_\_ (Gutachten vom 15. Februar 2013 [AB 54], psychiatrisches Teilgutachten vom 28. Januar 2013 [AB 55.1]). Mit Vorbescheid vom 4. März 2013 stellte die IVB die Ablehnung von Leistungen mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung in Aussicht (AB 58). Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, Einwände (AB 61). Sie beanstandete das Gutachten vom 15. Februar 2013, insbesondere die Einschätzung der Gutachter, sie sei in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Nach Stellungnahmen durch Ärzte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 66 + 67) wies die IVB mit Verfügung vom 5. Au-

gust 2013 den Anspruch auf Leistungen mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung ab (AB 68).

## **B.**

Am 13. September 2013 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und der Fall sei zur Berechnung des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin an die Vorinstanz zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Dazu reichte sie Berichte von Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Spital E. \_\_\_\_\_, vom 5. September 2013 (Beschwerdebeilage [BB] 5) und vom Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 4. Januar 2014 ein (BB 6).

Mit Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2013 beantragte die IVB die Abweisung. Weiter reichte sie eine Stellungnahme der Gutachter vom 21. Oktober 2013 ein.

Mit Replik vom 3. Januar 2014 hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Antrag fest. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 24. Februar 2014 auf eine Stellungnahme im Rahmen einer Duplik.

Mit Verfügung vom 11. März 2014 wurde der Beschwerdeführerin ein Doppel der Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 24. Februar 2014 zugestellt und eine Kostennote ihres Rechtsvertreters eingeholt.

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

**1.3** 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). Bei Nichterwerbstätigen wird der Erwerbsunfähigkeit die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich

zu betätigen, gleichgestellt (Art. 5 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 3 Satz 1 ATSG).

**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 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

**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** Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG bzw. bis 31. Dezember 2007 aArt. 28 Abs. 2<sup>bis</sup> und 2<sup>ter</sup> IVG). Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beein-

trächtigkeit bestünde (BGE 125 V 146 E. 2c S. 150). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 508).

**2.5** 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).

**2.6** 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).

**2.7** 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.**

**3.1** Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Am 17. November 2011 stellte der Arzt des Hausarztnotfalls ... fest, es liege ein Autoauffahrunfall vor mit HWS-Distorsion, Kontusion von Thorax parascapulär links und parasternal rechts (AB 43.2 S. 376). Er erwähnte, die Beschwerdeführerin habe nach einer halben Stunde unter Kopf- und Nackenschmerzen gelitten und es bestünden Schmerzen im Nacken und dem Oberarm links (AB 43.2 S. 379).

**3.1.2** In den bildgebenden Abklärungen vom 18. November 2011 stellten die Ärzte des Spitals L. \_\_\_\_\_ keine posttraumatischen Veränderungen „im dargestellten Thorax bzw. HWS“ fest (AB 43.2 S. 357). Laut Bericht der Klinik M. \_\_\_\_\_ vom 25. November 2011 betreffend eine bildgebende Untersuchung vom 24. November 2011 wurde ein regelrechter MR-tomographischer Befund der HWS, ohne Nachweis von traumatischen ossären Veränderungen, ohne Nachweis einer Diskushernie und ohne Hinweise auf eine Nervenwurzelkompression sowie eine normale Signalgebung des zervikalen Rückenmarks bestätigt (AB 24 S. 12). Im Bericht vom 5. Januar 2012 des Spitals L. \_\_\_\_\_ wurde dargelegt, es liege kein Nachweis einer Diskopathie vor. Es bestünden degenerative Facettengelenksveränderungen LWK3 bis SWK1 sowie begleitende synoviale Proliferationen mit maximaler Ausprägung LWK4/5, rechts betont, als mögliche Ursache der Schmerzsymptomatik (AB 24 S. 11).

**3.1.3** Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma hielt Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, am 10. Januar 2012 fest, die Beschwerdeführerin habe eine halbe Stunde nach dem Unfall an Kopf- und Nackenschmerzen sowie an Schmerzen im linken Arm gelitten (AB 43.2 S. 345). Es bestünden Nackenbeschwerden und muskuloskeletale Befunde (AB 43.2 S. 346).

**3.1.4** In den Berichten vom 31. Mai 2012 (AB 16 S. 2) und vom 26. Juli 2012 diagnostizierte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ das Folgende (AB 43.2 S. 95):

1. Persistierendes Schmerzsyndrom linksseitig nach HWS-Distorsion am 17. November 2011 mit/bei:

- cervikobrachialem Syndrom linksseitig
  - klinisch Blockade C1/2 links
  - Okzipitalkopfschmerz
  - Hypermobilitätssyndrom mit myofaszialem Schmerzsyndrom
  - lumbospondylogem Syndrom bei ISG-Blockade links, DD facettagen
  - Verdacht auf zentrale Sensibilisierung
2. Anpassungsstörung mit länger dauernder Reaktion
    - stark ängstlich geprägte depressive Symptomatik
  3. Status nach Resektion eines Ringbandglioms Finger rechts 02/2008 und Revision 11/2008

**3.1.5** Im Bericht vom 24. August 2012 hielt Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Spital E.\_\_\_\_\_, fest, es lägen nach wie vor für die Schmerz- und Ausfalls-Symptomatik am linken Arm keine handfesten Befunde vor, die eine radi-kuläre oder peripher neurogene Schädigung belegten. Die diffusen Paresen seien eindeutig einer Schmerzhemmung und zum Teil schmerzbedingten Kooperationsunfähigkeit zuzuschreiben. Die Sensibilitätsstörungen, die zwar diffus seien, sich aber am ausgeprägtesten im Ulnaris-Gebiet links manifestierten, seien schon 2008 abgeklärt worden. Es sei eine normale Ulnaris- und Medianus-Neurographie gefunden worden (AB 43.2 S. 57 f.).

**3.1.6** Im Bericht vom 1. September 2012 diagnostizierte der Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ ein persistierendes Schmerzsyndrom nach HWS Distorsion am 17. November 2011. Er legte dar, es bestünden Schmerzen, depressive Symptome und rasche Ermüdbarkeit. Weiter attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 17. November 2011 (AB 24 S. 2 ff.).

**3.1.7** Im Verlaufsbericht vom 7. September 2012 legte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ dar, es bestehe eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik mit Verstärkung bei bereits leichten Belastungen. Die angestammte Tätigkeit sei aktuell nicht zumutbar (AB 26 S. 3).

**3.1.8** Am 20. September 2012 diagnostizierte Dr. med. K.\_\_\_\_\_ das Folgende:

1. Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung
  - Verbunden mit Angst und Depression
2. Persistierendes Schmerzsyndrom linksseitig nach HWS-Distorsion am 17. November 2011 mit/bei:
  - cervikobrachialem Syndrom linksseitig
  - klinisch Blockade C1/2 links
  - cervikogenem Okzipitalkopfschmerz
  - Hypermobilitätssyndrom mit myofaszialem Schmerzsyndrom
  - lumbospondylogem Syndrom bei ISG-Blockade links, DD facettagen
  - Verdacht auf zentrale Sensibilisierung

3. Status nach Resektion eines Ringbandglioms Finger rechts 02/2008 und Revision 11/2008

Bei Verdacht auf das Vorliegen einer PTBS nach dem Auffahrunfall im 2011 werde eine psychotherapeutische Behandlung „aufgegleist“ (AB 43.2 S. 29 f.).

**3.1.9** Aus orthopädischer Sicht wurde im interdisziplinären Gutachten vom 15. Februar 2013 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte der Orthopäde eine Pseudo-Cervicobrachialgie links bei Status nach Halswirbelsäulendistorsion im November 2011 und eine posttraumatische Pseudolumboischialgie links (AB 54 S. 6 Ziff. 5.1 + 5.2). Der Gutachter hielt fest, das Ausmass der lumbalen Schmerzen und der eingeschränkten subjektiven Leistungsfähigkeit sowie der demonstrierten pathologischen objektiven Befunde der LWS könne bei unauffälligem MRI derselben nicht plausibilisiert werden. Bei radiologisch fehlender neuraler Kompression könne weder die Ausstrahlung der Schmerzen in die linke Ferse noch der scheinbar pathologische Lasègue-Test links erklärt werden (AB 54 S. 7). Nachdem die HWS- und LWS-Beschwerden nicht objektiviert werden könnten, resultiere hieraus auch keine Arbeitsunfähigkeit. Die angestammte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin spätestens seit September 2012 vollumfänglich zumutbar. Von November 2011 bis zu diesem Datum könne im Rahmen der posttraumatischen Rehabilitation in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit 0 %) bei vollem Stundenpensum angenommen werden (AB 54 S. 7 Ziff. 6.1 + 6.2).

Aus psychiatrischer Sicht wurde im interdisziplinären Gutachten vom 15. Februar 2013 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), bestehend seit dem 17. November 2011, Anpassungsstörungen mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22), bestehend seit etwa September 2012 und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert (AB 54 S. 17 Ziff. 5.1; vgl. auch AB 55.1 S. 11). Der Gutachter ging davon aus, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit vom Unfallzeitpunkt (17. November 2011) bis August 2012 zu 50 % zumutbar gewesen wäre.

Nach Besserung der posttraumatischen Belastungsstörung und den weiterhin bestehenden Anpassungsstörungen mit Angst und depressiver Reaktion könne seit etwa September 2012 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 75 %ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum (Arbeitsunfähigkeit von 25 %) angenommen werden. Eine angepasste Arbeit erachtete der Gutachter vom Unfallzeitpunkt bis August 2012 zu 75 % bei vollem Stundenpensum zumutbar. Seit September 2012, nach Besserung der psychischen Störungen, sei eine angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar. Bei einer adaptierten Tätigkeit sollte es sich um Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), ohne erforderliche geistige Flexibilität und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln (AB 54 S. 21 Ziff. 6.6).

Interdisziplinär wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), bestehend seit dem 17. November 2011, Anpassungsstörungen mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22), bestehend seit etwa September 2012 und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert (AB 54 S. 25). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Pseudo-Cervicobrachialgie links bei Status nach Halswirbelsäulendistorsion im November 2011 und eine posttraumatische Pseudolumboischialgie links diagnostiziert (AB 54 S. 25). Interdisziplinär attestierten die Gutachter vom 17. November 2011 bis August 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit. Nach Besserung der posttraumatischen Belastungsstörung und den weiterhin bestehenden Anpassungsstörungen mit Angst und depressiver Reaktion könne seit September 2012 im angestammten Bereich eine Arbeitsfähigkeit von 75 % bei voller Stundenpräsenz angenommen werden (AB 54 S. 26 Ziff. 9.1 + 9.2). In einer leidensangepassten Tätigkeit attestierten die Gutachter eine volle Arbeitsfähigkeit seit dem September 2012 (AB 54 S. 26 Ziff. 9.2). Eine angepasste Tätigkeit definierten die Experten als eine Arbeit ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung (AB 54 S. 26 Ziff. 9.2).

**3.1.10** Im Bericht vom 5. September 2013 diagnostizierte Dr. med. K.\_\_\_\_\_ eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Es bestehe hinsichtlich der Komorbidität nun zusätzlich eine schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome. Die Intensität des depressiven Syndroms habe so zugenommen, dass nicht mehr von einer Anpassungsstörung die Rede sein könne. Bezüglich der PTBS sei zu bemerken, dass die Verwicklung der Tochter in den Autounfall eine aussergewöhnliche Bedrohung für die Beschwerdeführerin dargestellt habe. Insbesondere als Beifahrerin träten Unfallereignisse auf. Dazu passe die berichtete Übelkeit am Morgen. Es habe zudem ein enormer sozialer Rückzug stattgefunden (BB 5).

**3.1.11** Im Bericht vom 4. Januar 2014 führte der Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ unter Bezugnahme auf das interdisziplinäre Gutachten insbesondere aus, dass aufgrund der auch im Gutachten beschriebenen Symptome bereits im Gutachtenszeitpunkt eine Depression ausgewiesen sei (BB 6).

**3.2** Die Beschwerdeführerin macht vorab geltend, auf das interdisziplinäre Gutachten vom 15. Februar 2013 (AB 54) könne deshalb nicht abgestellt werden, weil gravierende sprachliche Verständigungsschwierigkeiten bestanden hätten (Beschwerde S. 5). Dem kann nicht gefolgt werden. Die Einschätzung, die von den Gutachtern erwähnten diskrepanten Angaben seien möglicherweise auf Missverständnisse zurückzuführen oder beruhten auf nicht ausreichendem Sprachverständnis, wird erstmals vom Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 29. August 2013 (Beschwerdebeilage [BB] 3) aufgeworfen. Die Beschwerdeführerin lebt seit dem Jahr 2000 in der Schweiz (AB 1 S. 1). Offensichtlich kann sie sich im täglichen Leben durchaus verständigen (vgl. telefonische Verständigung mit der SUVA [AB 43.2 S. 173, 174, 358]). Die Kenntnisse in Deutsch mündlich werden denn auch mit „gut“ bezeichnet (AB 43.2 S. 310). So hatte denn auch zuvor keiner der vielen behandelnden und untersuchenden Ärzte sprachliche Verständigungsschwierigkeiten festgehalten (vgl. AB 43.2 S. 29 f., 42, 57). Zudem hat die Beschwerdeführ-

rerin gegenüber den untersuchenden Ärzten sehr wohl präzise Feststellungen machen können (vgl. AB 43.2 S. 128). Es kann somit ausgeschlossen werden, dass die Begutachtungen durch sprachliche Verständigungsschwierigkeiten verfälscht worden wären. Zu klären ist damit der Beweiswert des medizinischen Gutachtens.

### **3.3**

**3.3.1** Aus neurologischer Sicht steht fest, dass keine Hinweise auf eine radikuläre, zervikale oder lumbale Beeinträchtigung vorliegen: Die neurologische Untersuchung (Bericht des Spitals E. \_\_\_\_\_, vom 21. Mai 2012 [AB 43.2 S. 127 f.]) ergab für die geltend gemachten Parästhesien, dass es sich eher um Missempfindungen im Rahmen des zerviko-brachialen nicht radikulären Schmerzsyndroms handelt sowie dass das im Sulcus ulnaris vorhandene Tinel-Phänomen schon im Februar 2008 bekannt gewesen ist. Anlässlich einer weiteren Abklärung wurden kein Karpaltunnelsyndrom oder Sulcus ulnaris-Syndrom festgestellt (vgl. Bericht des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 20. Juli 2012 [AB 43.2 S. 105 f.]). Am 24. August 2012 bestätigten die Ärzte des Spitals E. \_\_\_\_\_, dass keine Befunde für eine radikuläre oder peripher neurogene Schädigung vorliegen, vielmehr wurde davon ausgegangen, dass die Beschwerden im Wesentlichen muskuloskelettaler Natur und keinerlei Hinweise für eine Beeinträchtigung von neurogenen Strukturen zu finden sind (AB 43.2 S. 58). Auf diese Beurteilung ist hier abzustellen. Es ist erstellt, dass keine neurologische Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt.

**3.3.2** Der Orthopäde stellte im interdisziplinären Gutachten vom 15. Februar 2013 gestützt auf die (bildgebenden) Untersuchungen fest, dass die Nackenschmerzen und insbesondere das Ausmass der demonstrierten abnormen Untersuchungsbefunde der HWS bei unauffälligem MRI nicht nachvollzogen werden können. Auch das Ausmass der lumbalen Schmerzen und der eingeschränkten subjektiven Leistungsfähigkeit sowie der demonstrierten pathologischen objektiven Befunde der LWS erachtete er bei unauffälligem MRI für nicht plausibel (AB 54 S. 6 f.). Dies ist nachvollziehbar und überzeugt. Das orthopädische Gutachten vom 15. Februar 2013 erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (BGE 137 2010 E. 6.2.2 S. 269) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E.

3b/bb S. 353). Der Beurteilung des orthopädischen Gutachters ist, insbesondere auch was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit betrifft, zu folgen.

In somatischer Hinsicht ist insbesondere entscheidend, dass auch bildgebend keine organische Ursache für die Beschwerden vorliegt (vgl. AB 54 S. 5 f. Ziff. 4.1). Dabei ist letztlich unerheblich, in welche Richtung die Beschwerdeführerin beim Unfall den Kopf gedreht hatte (vgl. AB 43.1 S. 358). Der Orthopäde setzte sich im Übrigen auch mit der vom Hausarzt attestierten Arbeitsunfähigkeit auseinander (AB 54 S. 7 Ziff. 6.1 + 6.3). In somatischer Hinsicht liegen somit heute klarerweise weder nachweisbare Schädigungen als Folge des Unfalls noch (für die finale IV entscheidender) überhaupt somatisch begründete Einschränkungen vor, die die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen bzw. einer im Profil ähnlichen Tätigkeit beeinträchtigen würden.

**3.3.3** Aus den echtzeitlichen, aktenkundigen Arztberichten ergibt sich, dass in psychischer Hinsicht lange überhaupt keine eigentliche Störung des psychiatrischen Bereichs attestiert worden war. Keiner der Ärzte erachtete es für notwendig, die Beschwerdeführerin diesbezüglich abzuklären. Erst aufgrund des protrahierten Verlaufs wurde von den behandelnden Ärzten des Spitals E.\_\_\_\_\_ eine psychiatrisch-psychosomatische Betreuung für notwendig erachtet (AB 43. 2 S. 43 + 96). Dabei wurde zunächst der Verdacht auf eine reaktive Depression geäussert (AB 43.2 S. 187), später wurde eine Anpassungsstörung (bei einer stark ängstlich geprägten depressiven Symptomatik) diagnostiziert (AB 43.2 S. 95, 136, 151) und noch später eine PTBS (verbunden mit Angst und Depression) attestiert (AB 43.2 S. 29; BB 5; AB 54 S. 17 Ziff. 5.1, S. 25 Ziff. 8.1). Diese Beurteilung überzeugt in keiner Weise. Nach dem Unfall wurden keine einer PTBS entsprechenden Befunde erhoben (zu den diagnostischen Leitlinien: DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. überarb. Aufl., S. 208; AB 43.2 S. 376). Die Beschwerdeführerin berichtete nach dem Unfall von einer Schreckreaktion mit Tremor der Hände und nach einer halben Stunde von zunehmenden Schmerzen in der linken Schulter, im Oberarm und der Hand sowie zunehmenden Kopfschmerzen (AB 24 S. 2 f.), damit standen die inzwischen abgeheilten somatischen Beschwer-

den im Vordergrund. Hinzu kommt, dass nach den Leitlinien der ICD und der darauf gestützten bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine invalidisierende PTBS voraussetzt, dass sie nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 2. Juni 2009, 8C\_704/2008, E. 3.2). Der Gutachter hat auf die nunmehr im Begutachtungszeitpunkt angeblich geschilderten Erlebnisse abgestellt (AB 55.1 S. 6), dabei hat er ausser Acht gelassen, dass der Auffahrunfall in keiner Weise so gravierend war, als dass er überhaupt geeignet gewesen wäre, eine PTBS auszulösen. Auch wenn die Beschwerdeführerin den Unfall hatte kommen sehen (u.a. AB 24 S. 2 Ziff. 1.4, 43.2 S. 82, 338; Geschwindigkeitsänderung rund 10 km/h [AB 43.2 S. 36]) und sie nachvollziehbar Angst um ihr Kind hatte, welches auch im Auto sass, so handelte es sich keinesfalls um einen wirklich gravierenden Unfall. Das Kind blieb unverletzt (vgl. AB 43.2 S. 358) und auch die Beschwerdeführerin erlitt keine gravierenden Verletzungen (AB 43.2 S. 345 f.). Die wenigen Schrecksekunden waren keinesfalls geeignet, eine PTBS auszulösen (vgl. AB 24 S. 2 f.). Die somatischen Beschwerden – wenn solche überhaupt bestanden haben – waren rasch verheilt.

Wenngleich das Ereignis vom 17. November 2011 für die Beschwerdeführerin subjektiv nicht unbedeutend war, lässt es sich doch nicht als derart qualifizieren, dass es nach der massgeblichen medizinischen Lehre hätte zu einer PTBS führen können. Zwar finden sich in den Akten Angaben, dass eine Tochter früher im gleichen Jahr einen Unfall gehabt und dies die Beschwerdeführerin belastet habe (AB 43.2 S. 209). In diesem Zusammenhang erwähnen der Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ sowie Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (AB 24 S. 3, 43.2 S. 188 + S. 209) eine vorbestehende psychische Belastung durch den Unfall der Tochter im Juni 2011. Es wurde jedoch von keinem dieser Ärzte angenommen, dass bereits dieses frühere Ereignis zu einer massgeblichen Beeinträchtigung geführt bzw. sich nach dem Unfall ausgewirkt hat. Auch die Beschwerdeführerin selbst hat gegenüber dem Gutachter nicht auf den früheren Unfall der Tochter Bezug genommen (AB 55.1 S. 6), vielmehr berichtete sie im Begutachtungszeitpunkt, sie habe seit vier Monaten aufgrund von anhaltenden Schmerzen und Beeinträchtigungen depressive Verstimmungen, weiter erwähnte sie Angstzustände und Bilder bezüglich des Unfallgeschehens, welche inzwi-

schen weniger stark auftreten würden (AB 55.1 S. 6 f.). Dies steht jedoch in einem erheblichen Gegensatz zu den früher aufgezeichneten (echtzeitlichen) Äusserungen der Beschwerdeführerin durch die behandelnden Ärzte. Die Beschwerdeführerin hatte damals von einer Beeinträchtigung des Schlafes zufolge der Schmerzen berichtet, Erinnerungsbilder an den Unfall erwähnte sie nicht (AB 43.2 S. 187). Erst im Bericht von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 20. September 2012 wurde ein Verdacht auf eine PTBS diagnostiziert, nachdem die Beschwerdeführerin nunmehr von einem häufigen Erinnern des Auffahrunfalls sprach (AB 43.2 S. 29 f.). Der die PTBS wie auch die Anpassungsstörung unkritisch übernehmenden Beurteilung des Gutachters kann nicht gefolgt werden, zumal nicht nachvollziehbar wäre, wie bei im Vergleich zu früher nicht weniger, sondern stärker geklagten Beschwerden nun von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen wäre.

Weiteres lässt das Gutachten mangelhaft erscheinen: Das Gutachten wurde bezüglich der psychosozialen Probleme in Verkennung der effektiven Sachlage erstellt. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter einerseits darlegte, es liessen sich neben der Arbeitslosigkeit derzeit keine wesentlichen psychosozialen Faktoren erheben (AB 55.1 S. 17) und andererseits bezüglich des Auftretens von Schmerzen auf die Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen verwies (AB 55.1 S. 12 Ziff. 6.1). Falsch ist auch die Annahme des Gutachters, die Beschwerdeführerin werde psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt (AB 55.1 S. 16). Auch wenn die Angaben gegenüber dem Gutachter solches nahe legen, so ist gemäss den Akten allein erstellt, dass die Beschwerdeführerin eine psychiatrische Behandlung bei Dr. med. G. \_\_\_\_\_ nach einem Erstgespräch nicht weiterführte (Bericht vom 6. Oktober 2012 [AB 32 S. 4]). Zurzeit erfolgt zudem allein eine Behandlung im Spital E. \_\_\_\_\_ (vgl. auch BB 5), wobei der behandelnde Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_ offenbar nicht über einen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt (vgl. [www.medregom.admin.ch/](http://www.medregom.admin.ch/); [www. ....ch](http://www. ....ch)). Wenn dieser Arzt im Bericht vom 20. September 2012 ausführt, er führe nun eine psychotherapeutische Behandlung durch (AB 43.2 S. 30), so ist dies mit einigen Fragen behaftet. Wie es sich damit verhält, kann letztlich offen bleiben, denn auch Dr. med. K. \_\_\_\_\_ geht offensichtlich von falschen Voraussetzungen aus (vgl. AB 43.2 S. 30), wenn er von einem früher

glücklichen Leben berichtet (vgl. AB 43.2 S. 12). Er war offenbar nicht in Kenntnis der bereits damals umfassenden Akten auch des E.\_\_\_\_\_, aus denen sich eine psychosoziale Vorbelastung ergibt. Die erstmals von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ gestellte Verdachtsdiagnose PTBS (AB 43.2 S. 29; vorher nur Anpassungsstörung [AB 43.2 S. 42]) ist damit in keiner Weise nachvollziehbar. Die Diagnose einer Anpassungsstörung, die durch die PTBS an sich abgedeckt wäre (vgl. AB 55.1 S. 13), wird zudem erstmals im März 2012 durch die Ärzte des Spitals E.\_\_\_\_\_, gestellt (AB 43.2 S. 151) und taucht somit erst spät nach dem Unfallereignis auf. Die Begründung des psychiatrischen Gutachters, weshalb eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiven Verstimmungen vorliege, ist nicht überzeugend (AB 55.1 S. 13). Es ist fraglich, ob die massgeblichen Symptome ausgewiesen sind, zumal eine Anpassungsstörung ohne weiteres auch auf den erheblichen psychosozialen Umständen gründen und von diesen unterhalten werden könnte. Dies wäre jedoch von vornherein invalidenversicherungsrechtlich nicht massgeblich.

**3.3.4** Dass der psychiatrische Gutachter die Diagnose der behandelnden Ärzte unkritisch übernommen hat (AB 55.1 S. 12 f.), überzeugt nicht. Weder eine PTBS noch eine Anpassungsstörung ist nachvollziehbar ausgewiesen.

Der Gutachter diagnostizierte weiter eine somatoforme Schmerzstörung. Bei einer somatoformen Schmerzstörung besteht an sich die Vermutung, dass diese und ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar ist. Der Gutachter ging denn auch von einer zumutbaren Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen (angepassten) Tätigkeit aus (AB 55.1 S. 14 f.).

Auch wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass mit der IVB von einem vollständigen Fehlen eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens auszugehen ist, so ist mangels hinreichender medizinischer Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht eine abschliessende Beurteilung derzeit nicht möglich. Denn das psychiatrische Gutachten überzeugt nicht und es kann auch nicht gesagt werden, unter Ausblendung der mangelhaften Teile verbliebe eine für das Gerichtsverfahren verwertbare psych-

iatische Beurteilung. Eine verwertbare fachärztliche psychiatrische Einordnung fehlt.

Die Sache ist deshalb zur grundsätzlich monodisziplinären psychiatrischen Begutachtung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Dabei wird die Beschwerdegegnerin vorgängig insbesondere auch die vollständigen Krankenakten des früheren Hausarztes Dr. med. N. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 43.2 S. 344 ff., 350), wie auch die Vorakten des Spitals E. \_\_\_\_\_ (vgl. den Hinweis auf eine bereits im Jahr 2008 erfolgte [bereits damals ergebnislose] neurologische Untersuchung [AB 43.2 S. 58]) zu erheben haben. Es wird mithin Sache der IVB sein, vorab den für die psychiatrische Begutachtung notwendigen durchgehenden medizinischen Status zu erheben.

Anlässlich der Abklärungen wird die Beschwerdegegnerin – sollte sich ein iv-rechtlich relevanter Gesundheitsschaden ergeben – zudem auch die Frage des Status der Beschwerdeführerin zu klären haben (vgl. E. 2.4 hier vor). Denn den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit aus familiären Gründen per Ende August 2010 kündigte (Kinderbetreuung; AB 43.2 S. 296, 298, 302) und dann im Mai 2011 bei der Arbeitslosenkasse einen Antrag auf Arbeitslosenentschädigung stellte (AB 43.2 S. 300 ff.). Dabei machte sie zunächst gegenüber der Arbeitslosenkasse einen Teilzeitstatus von 50 % geltend (AB 43.2 S. 297, 300) und ab August 2011 gab sie offenbar an, dass sie zu 100 % Arbeit suche (AB 43.2 S. 275), was jedoch von den zuständigen Behörden angeblich nicht berücksichtigt wurde (AB 43.2 S. 275). Es bedürfte deshalb einlässlicher Abklärungen bezüglich der Frage, ob und in welchem Pensum die Beschwerdeführerin als Gesunde effektiv arbeiten würde. Diese Abklärungen werden letztlich auch in Kombination mit der Klärung der psychosozialen Situation notwendig sein.

**3.4** In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 5. August 2013 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.

#### 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.

**4.2** Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

Die obsiegende Beschwerdeführerin hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese sind mit Blick auf die angemessene Kostennote von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ vom 18. März 2014 auf ein Honorar von Fr. 2'512.50, zuzüglich Auslagen von Fr. 84.65 und Mehrwertsteuer von Fr. 207.75 (8% auf Fr. 2'597.15), insgesamt somit Fr. 2'804.90 festzusetzen.

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

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 5. August 2013 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'804.90 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin (samt eingereichten Akten)
  - IV-Stelle Bern (samt eingereichten Akten)
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

**Hinweis:** *Im Falle einer Anfechtung dieses Entscheides sind die Akten dem Bundesgericht zuzustellen.*

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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