

200 13 935 IV
SCJ/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 28. Mai 2014

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. September 2013

Sachverhalt:

A.

Im April 2013 ging der IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) eine Anmeldung der 1953 geborenen A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) zur beruflichen Integration bzw. für eine Rente zu (Antwortbeilage [AB] 4).

Die IV-Stelle holte in der Folge u.a. bei Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, dem Hausarzt der Versicherten, einen Arztbericht inkl. der medizinischen Vorakten ein (AB 10). Am 18. Juli 2013 gingen ihr weitere Berichte zu (AB 14).

Mit Bericht vom 29. Juli 2013 (AB 16 S. 2 ff.) hielt Dr. med. D._____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst RAD, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Tropen- und Reisemedizin FMH, gestützt auf die eingelangten medizinischen Akten als Diagnosen ein Panvertebralsyndrom bei leichten degenerativen Veränderungen der HWS und LWS, ein komplexes chronisches Schmerzsyndrom mit dissoziativen Anteilen ohne organisches Korrelat, einen Status nach Perikarderguss, eine membranöse Glomerulonephritis mit normaler Nierenfunktion, eine Anämie, ventrikuläre Extrasystolen, eine Osteopenie sowie chronische Kopfschmerzen fest. Die bisherige Tätigkeit in der Betagtenbetreuung und in der Reinigung sei im gewohnten Pensum weiterhin zumutbar. Körperlich schwere Tätigkeiten seien auf Grund der verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule nicht mehr zumutbar (AB 16 S. 4).

Mit Vorbescheid vom 31. Juli 2013 (AB 17) stellte die IV-Stelle der Versicherten in der Folge die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht. Es bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (AB 17). Hiergegen erhob die Versicherte am 6. September 2013 (Datum der Postaufgabe) unter Beilage eines Schreibens ihrer Nachbarin E._____ Einwand (AB 19).

Am 27. September 2013 verfügte die IV-Stelle ihrem Vorbescheid entsprechend die Abweisung des Leistungsbegehrens. Die vorgebrachten Ein-

wände basierten auf bereits bekannten und gewürdigten medizinischen Unterlagen. Es würden keine neuen Tatsachen geltend gemacht. Sie halte somit an ihrem Entscheid fest (AB 21).

B.

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 24. Oktober 2013 (Datum der Postaufgabe) Beschwerde.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Dezember 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Auf die entsprechende Aufforderung durch den Instruktionsrichter hin nahm die IV-Stelle mit Ergänzung zur Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2014 zur Frage Stellung, weshalb auf die Einholung eines Berichts beim Spital F. _____ letzten Endes verzichtet worden ist.

Mit Eingabe vom 22. Januar 2014 nahm die Beschwerdeführerin, neu vertreten durch Fürsprecher B. _____, zu den Eingaben der Beschwerdegegnerin Stellung und stellte den Antrag, in Gutheissung der Beschwerde sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, eine Haushaltsabklärung durchzuführen und ein unabhängiges somatisches und psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben.

Mit weiterer Eingabe vom 22. Januar 2014 beantragt die Beschwerdeführerin für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht das Recht auf unentgeltliche Rechtspflege und die Beiordnung von Fürsprecher B. _____ als amtlichen Anwalt. Dieses Gesuch wurde von der Beschwerdeführerin bzw. deren Rechtsvertreter in der Folge mehrfach ergänzt.

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 der IV-Stelle Bern vom 27. September 2013 (AB 21). Streitig und zu prüfen ist ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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 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 Die ärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotential bilden unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihrer Schmerzen und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich dabei die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Letzteres gilt namentlich dann, wenn die begutachtende Fachperson allein aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Ein-

schränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mit berücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind, und ob die von den Ärzten anerkannte (Teil-)Arbeitsunfähigkeit auch im Lichte der für eine Unüberwindlichkeit der Schmerzsymptomatik massgebenden rechtlichen Kriterien standhält (BGE 130 V 352 E. 2.2.5 S. 355; Entscheid des EVG vom 15. September 2004, I 515/03, E. 2.2). In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.4 Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158; SVR 2009 IV Nr. 4 S. 7 E. 4.2.2).

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

2.8 Die versicherte Person hat von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Es ist auch im Lichte der von Art. 6 Ziff. 1 EMRK gewährleisteten Verfahrensgarantien grundsätzlich zulässig, den Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen zu stützen (BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.

3.1 Aus den sich in den Akten befindlichen Untersuchungsberichten ergibt sich im Wesentlichen Folgendes:

- Ein MRI der HWS vom 28. September 2006 ergab eine deutliche Fehllagehaltung der HWS mit Streckhaltung, Kyphosierung und Skoliose sowie altersentsprechende minime degenerative Veränderungen mit beginnender Osteochondrose C4/5, C5/6 und C6/7 mit dorsalem Discbulging, jedoch ohne neurokompressiv wirkende Herniation. Spinalkanal und Foramina waren normal weit (AB 10 S. 39).
- Eine konsiliarische Untersuchung durch Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie FMH, vom 8. Dezember 2008 ergab als Diagnosen ein rezidivierendes, panvertebrales Schmerzsyndrom mit intermittierender ischialgieformiger Ausstrahlung, Dysästhesien im Fussbereich sowie Senk-Spreiz-Knickfüsse. Es fanden sich keine Hinweise für eine internistische Systemaffektion, ein systemisch-entzündliches rheumatisches Leiden, eine metabolische Störung oder ein radikuläres Reizsyndrom. Die Borrelienserologie zeigte einen positiven IgM-Wert bei negativem IgG-Wert. Das Beschwerdebild entspreche jedoch nicht einer Borreliose. Das rezidivierende panvertebrale lumbosakral betonte Schmerzsyndrom lasse sich zwanglos mechanisch-statisch erklären bei degenerativen Veränderungen, muskulärer Dysbalance und fibromyalgischer Komponente. Die Beschwerden in den unteren Extremitäten liessen sich demgegenüber nicht mit der eindeutig vorhandenen Fussdeformität erklären. Er empfehle hier nochmals eine neurologische Untersuchung. Würden die weiteren Abklärungen weder eine neurologische noch eine metabolische Ursache ergeben, müssten die Beschwerden wohl extrasomatisch erklärt werden (Bericht vom 1. Dezember 2008, AB 10 S. 36 ff., AB 14 S. 13 ff.).
- Untersuchungen durch Dr. med. H. _____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 21. Januar bzw. 18. Februar 2009 ergaben keinerlei Anhaltspunkte für eine den Beschwerden der Patientin zu Grunde liegende Nervenaffektion bzw. neurologische Erkrankung. So zeigten sich bei der detailliert durchgeführten klinisch-neurologischen Untersuchung

durchwegs unauffällige neurologische Befunde und es fielen auch die an den unteren Extremitäten ergänzend durchgeführten Neurographien normal aus. Es fanden sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Polyneuropathie, eines Restless-legs-Syndroms oder eines Tarsaltunnelsyndroms (AB 10 S. 34 f.).

- Anlässlich einer Untersuchung der Versicherten vom 16. Juni 2010 im Spital P._____ konnte eine Makroangiopathie bei normaler arterieller Ruhedurchblutung der oberen und unteren Extremitäten ausgeschlossen werden (AB 10 S. 29 f.).
- Ein MRI der Halswirbelsäule vom 18. November 2010 ergab eine Fehllagerung mit Streckhaltung und Kyphosierung der HWS sowie eine beginnende Osteochondrose C4/5, C5/6 und C6/7 mit dorsalem Discbulging bzw. flacher dorsomedianer Diskushernie C5/6 ohne Neurokompression sowie eine minime Spondylarthrose. Spinalkanal und Foramina waren normal weit, das Rückenmark intakt. Hinweise auf eine traumatische ossäre oder ligamentäre Läsion fanden sich nicht (AB 10 S. 27, AB 14 S. 11).
- Ein MRI der Lendenwirbelsäule vom 19. November 2010 ergab eine Osteochondrose L5/S1 mit zirkulärem Discbulging bzw. flacher dorso-medianer rechtslastiger Diskushernie, welche die S1-Wurzel rechts tangiere, ohne Kompressionszeichen. Weiter wurden eine geringgradige Spondylarthrose sowie ein weiter Spinalkanal festgehalten (AB 10 S. 27 f., AB 14 S. 11 f.).
- Zwei Konsultationen bei Dr. med. I._____, Facharzt für Rheumatologie FMH, vom 20. Januar und 1. Februar 2011 ergaben als Diagnosen eine chronische Schmerzproblematik, funktionell getragen. Es fanden sich keine direkten oder indirekten Hinweise für ein systemisch-rheumatologisch-entzündliches oder internistisch-metabolisches Grundleiden. Ein Vitamin D- und B-Mangel sei bereits bekannt und werde adäquat substituiert. Die Möglichkeit einer „Borreliose“ passe nicht zum Beschwerdebild. Die Szintigraphie zeige keine entzündlichen Befunde. Das chronifizierte unspezifische Beschwerdebild der Versicherten sei konzentriert auf das Rückenproblem bei muskulärer Dekonditionierung

und seines Erachtens funktionell zu erklären. Bei den Beschwerden in der rechten Hand habe zumindest eine Rhizarthrose aufgezeigt werden können (AB 10 S. 24 ff.).

- Am 10. September und 14. Dezember 2011 wurde die Versicherte durch Dr. med. O. _____, Facharzt für Neurologie FMH, untersucht. Diese Untersuchung ergab als Diagnosen ein komplexes, panvertebrales Schmerzsyndrom, neuralgieforme Beschwerden in den Füßen, einen chronischen mittelgrossen Perikarderguss unklarer Ätiologie im Mai 2011, eine membranöse Glomerulonephritis im Juni 2011, eine chronische Anämie sowie multiple Medikamentenunverträglichkeiten. Aufgrund der klinischen Untersuchung, dem normalen Tibialis-SSEP wie auch den normalen Liquoruntersuchungen könne eine relevante neurologische Erkrankung weitestgehend ausgeschlossen werden. Insbesondere ergäben sich keinerlei Hinweise auf eine Myelopathie oder eine Neuroborreliose. Insgesamt sehe er die Schmerzen weiterhin im Rahmen von Bewegungsapparatschmerzen (AB 10 S. 22 f.).
- Eine lumbale vertebro-spinale Magnetresonanztomographie vom 3. April 2012 ergab eine Diskopathie L5/S1 mit kleinvolumiger recessaler rechtsseitiger nach distal luxierter kleiner Hernie. Diese sei in Kontakt mit der Nervenwurzel S1 rechts. Weiter fanden sich beginnende arthrotische Veränderungen der kleinen Wirbelgelenke L5/S1 mit einer kleinen extraspinalen dorsalen Synovialzyste links bei ansonsten unauffälligem vertebro-spinalem lumbalem Kernspintomogramm (AB 10 S. 21, AB 14 S. 7).
- Am 10. April 2012 fand in der Klinik J. _____ eine linksseitige thorakoskopische Perikard-Resektion und Fenestration bei progredientem Perikard-Erguss ungeklärter Ätiologie statt (AB 10 S. 19; vgl. AB 14 S. 8 ff.).
- Eine Untersuchung der Versicherten vom 29. Mai 2012 durch Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Nephrologie FMH, ergab als Diagnosen eine membranöse Glomerulonephritis (MGN), einen Perikarderguss unklarer Ätiologie, ein komplexes panvertebrales Schmerzsyndrom sowie einen Zeckenstich vom 24. Mai 2011.

Die nierenbiopsisch nachgewiesene membranöse Glomerulonephritis sei bisher nicht selbstlimitierend. Abklärungen für eine sekundäre MGN seien bisher alle negativ geblieben. Es bestehe weiterhin eine nephrotische Proteinurie mit Beinödemen beidseits. Der Blutdruck sei zumindest in der Sprechstunde nicht optimal eingestellt gewesen. Der Perikard-Erguss sei inzwischen mittels Perikardfenestration abgeleitet worden. Es habe sich um ein Transsudat gehandelt. Die Borrelienserologie sei im Juli 2011 erneut wiederholt worden. Es handle sich definitiv nicht um eine Borrelieninfektion (AB 10 S. 17 f.).

- Eine kardiale Abklärung mit Echokardiographie vom 18. Juni 2012 zeigte betreffend dem chronischen mittelgrossen Perikarderguss ein sehr gutes Resultat. Es fand sich keinerlei Resterguss mehr. Die Untersuchung ergab eine normale linksventrikuläre systolische Funktion. Ein relevanter Herzklappenfehler konnte ausgeschlossen werden (AB 10 S. 14 ff., AB 14 S. 2 ff.).
- Eine Untersuchung der Versicherten durch Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Angiologie FMH, vom 19. Juni 2012 ergab keine relevante venöse Pathologie der Bein- oder Beckenvenen und damit keine Erklärung für die von der Versicherten geklagten Beschwerden (AB 14 S. 5 f.).
- Eine cervicale vertebro-spinale Magnetresonanztomographie vom 9. Juli 2012 ergab keine signifikanten Befundänderungen zur Voruntersuchung vom November 2010. Insbesondere war nach wie vor keine eindeutige zervikale Myelopathie identifizierbar (AB 10 S. 13).
- Eine Untersuchung der Versicherten durch Dr. med. M._____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 7. und 14. August 2012 zeigte neben einer auffallend schwächtigen Muskulatur Anhaltspunkte für eine leichte, distal symmetrische, im Wesentlichen sensible Polyneuropathie bei elektroneurographisch nur leichten Auffälligkeiten. Elektromyographisch zeigten sich keine relevanten Auffälligkeiten, keine Anhaltspunkte für eine Myopathie, keine Anhaltspunkte für eine relevante neurogene Störung. Zusammenfassend könne man neurologischerseits schon eine leichte Polyneuropathie diagnostizieren, die jedoch lange nicht alle

Beschwerden ausreichend zu erklären vermöge. Neben weiteren diagnostischen Massnahmen halte er eine psychotherapeutische Behandlung für unbedingt notwendig. Er habe aber das Gefühl, dass die Versicherte hierfür keine Offenheit besitze wegen der für sie klaren organischen Krankheitsmodelle (AB 10 S. 10 ff.).

- Eine Osteodensitometrie der Versicherten vom 15. August 2012 ergab als Diagnose eine Osteopenie (AB 14 S. 1).
- Eine Untersuchung durch Dr. med. N. _____, Facharzt für Neurologie FMH, am 2. Mai 2013 ergab weder in der klinischen noch in der elektrophysiologischen Untersuchung einen Hinweis auf eine relevante Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems. Die festgestellte allgemeine Kraftminderung sei nicht nerval bedingt, sondern entspreche seines Erachtens eher einer Schmerzhemmung (AB 10 S. 3 ff.).

3.2 Gestützt auf diese Untersuchungsbefunde hielt Dr. med. D. _____ vom RAD ohne eigene Untersuchung der Versicherten als Diagnosen ein Panvertebralsyndrom bei leichten degenerativen Veränderungen der HWS und LWS, ein komplexes chronisches Schmerzsyndrom mit dissoziativen Anteilen ohne organisches Korrelat, einen Status nach Perikarderguss, eine membranöse Glomerulonephritis mit normaler Nierenfunktion, eine Anämie, ventrikuläre Extrasystolen, eine Osteopenie sowie chronische Kopfschmerzen fest. Die meisten von der Versicherten vorgebrachten Beschwerden könnten nicht einem medizinisch objektiv nachweisbaren Gesundheitsschaden zugeordnet werden. Der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit im gewohnten Pensum weiterhin zumutbar (AB 16 S. 4).

3.3 Der zusammenfassenden Beurteilung durch den RAD-Arzt ist insofern beizupflichten, als bei der Beschwerdeführerin gestützt auf die bisherigen medizinischen Unterlagen trotz zahlreicher somatischer Abklärungen objektiv nachweisbare organische Befunde fehlen, welche die subjektiven Schmerzangaben erklären könnten (vgl. E. 3.1 hiavor). Insofern liegt ein komplexes chronisches Schmerzsyndrom ohne organisches Korrelat vor, wie dies von Dr. med. D. _____ in seiner Diagnoseliste denn auch fest-

gehalten worden ist (AB 16 S. 4). Bei solchen pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage besteht eine Vermutung, dass diese oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess jedoch 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 (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67 i.V.m. E. 4.3 S. 69). Dabei bilden ärztliche Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotential unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihrer Schmerzen und die Verwertung der verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist. Hierfür bedarf es einer fachärztlichen psychiatrischen Beurteilung (vgl. E. 2.3 hiavor).

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einholung eines Arztberichts beim Spital F. _____ verzichtet, obschon ein solcher Bericht möglicherweise Anhaltspunkte für eine Beurteilung der psychischen Situation der Versicherten gegeben hätte. In den gesamten medizinischen Akten fehlt bislang eine Untersuchung und Beurteilung aus psychiatrischer Sicht, obwohl zahlreiche Ärzte auf eine voraussichtlich funktionelle bzw. psychosomatische Ursache der Beschwerden hinwiesen. Die Aktenbeurteilung durch den Allgemeinmediziner Dr. med. D. _____ vom RAD vermag bei dieser Ausgangslage eine fachärztliche Untersuchung und Beurteilung durch einen Psychiater nicht zu ersetzen. Einerseits fehlt es in den Akten für eine zuverlässige Aktenbeurteilung an fachärztlichen psychiatrischen Untersuchungsbefunden (vgl. E. 2.7 hiavor) und andererseits liegt eine psychiatrische Beurteilung ausserhalb des Fachbereichs von Dr. med. D. _____ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Tropen- und Reisemedizin FMH. Der Sachverhalt erweist sich damit als nicht hinreichend abgeklärt.

Dass sich in den bisherigen Berichten der behandelnden und untersuchenden Ärzte keinerlei Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit finden bzw. dass der Beschwerdeführerin in diesen Berichten keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden ist, ändert am festgestellten Abklärungsbedarf nichts. Da die Beschwerdeführerin seit Frühjahr 2012 nicht mehr gearbeitet und offenbar auch keine Krankentaggeldleistungen beantragt hat (vgl. AB 4 S. 3 Ziff. 4.4), ist das Fehlen diesbezüglicher Angaben nachvollziehbar, zumal auch nicht danach gefragt worden ist.

3.5 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Ergänzung des Sachverhalts in psychiatrischer Hinsicht und neuer Verfügung zurückzuweisen. Sollte sich gestützt auf die psychiatrische Abklärung ergeben, dass ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, wird die Beschwerdegegnerin auch über den Status zu befinden und gegebenenfalls eine Haushaltsabklärung durchzuführen haben.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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.

4.2 Die obsiegende Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Diese ist gestützt auf die Kostennote von Fürsprecher B. _____ vom 19. Februar 2014 auf Fr. 2'505.30 (Honorar Fr. 2'292.50, Auslagen Fr. 27.20, MWSt. Fr. 185.60) festzusetzen und durch die Beschwerdegegnerin zu tragen.

4.3 Damit ist das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Fürsprecher B._____ als amtlicher Anwalt gegenstandslos geworden und als erledigt vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 27. September 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. 2'505.30 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Fürsprecher B._____ als amtlicher Anwalt wird als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.

5. Zu eröffnen (R):
- Fürsprecher 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:

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.