

200 13 940 IV  
KNB/SAW/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 2. Mai 2016**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiberin Winiger

A. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. September 2013



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1961 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 15. Februar 2007 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) führte daraufhin verschiedene medizinische und erwerbliche Erhebungen durch und liess die Versicherte u.a. am 14. Mai 2008 von Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachten (vgl. Gutachten vom 14. Juni 2008, act. II 25).

In der Folge forderte die IVB die Versicherte mit Schreiben vom 4. Juli 2008 (act. II 27) zur Schadenminderung auf, da die spezialärztlichen Abklärungen ergeben hätten, dass die verordneten Medikamente nicht eingenommen worden seien. Ferner teilte sie der Versicherten am 19. Mai 2009 (act. II 40) mit, ohne eine entsprechende Psychopharmakotherapie, ohne Behandlung der Eisenmangelanämie und Einstellung des Benzodiazepinkonsums seien die IV-relevanten Auswirkungen des Gesundheitszustandes nicht definierbar; sie habe sich daher insbesondere einer stationären Entzugsbehandlung und einer Behandlung der Eisenmangelanämie zu unterziehen. Vom 13. Januar 2010 bis zum 2. März 2010 wurde die Versicherte stationär in der Klinik C. \_\_\_\_\_ (vgl. Austrittsbericht vom 3. März 2010, act. II 47 S. 2) behandelt.

Nach Einholung weiterer medizinischer Berichte (act. II 57 f.) kam die IVB mit Mitteilung vom 1. April 2011 (act. II 69) zum Schluss, dass derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und veranlasste eine weitere Begutachtung bei Dr. med. B. \_\_\_\_\_ (vgl. Gutachten vom 10. Januar 2012, act. II 77.1). Zudem holte sie bei Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (RAD) eine Stellungnahme vom 6. Februar 2012 (act. II 78) ein und liess einen Abklärungsbericht Haushalt, datiert vom 21. Februar 2012 (act. II 79), erstellen.

Mit Vorbescheid vom 28. Februar 2012 (act. II 80) stellte die IVB die Ausrichtung einer befristeten Viertelsrente ab 1. Januar 2007 bis 31. Mai 2010

in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden und erhob am 30. März 2012 resp. mit begründeter Eingabe vom 23. April 2012 Einwand (act. II 85, 89). Dabei machte sie im Wesentlichen geltend, der Krankheitszustand habe sich seit Beginn des Leidens im Januar 2006 eindeutig verschlechtert und reichte einen Arztbericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. April 2012 (act. II 89 S. 3) ein. Am 21. Juni 2012 gab sie ferner einen Befundbericht des linken Knies vom 19. Juni 2012 (act. II 91 S. 2) und einen Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 13. Juni 2012 (act. II 91 S. 3) zu den Akten.

Nach erneuter Vorlage der Akten an den RAD, der sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht Stellung genommen hatte (act. II 92 f.), verfügte die IVB am 27. September 2013 (act. II 99) wie im Vorbescheid angekündigt.

## **B.**

Gegen die Verfügung vom 27. September 2013 (act. II 99) erhob die Versicherte am 23. Oktober 2013 Beschwerde und beantragte, die Viertelsrente sei ab 1. Januar 2007 bis auf weiteres zuzusprechen und nicht zu befristen. Zudem reichte sie ein Arztzeugnis von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 24. Januar 2011 ein (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 2). Mit Schreiben vom 6. November 2013 gab sie ferner einen Befundbericht einer nächtlichen Polysomnographie vom 29. Oktober 2013 (act. I 3) und am 17. Dezember 2013 einen Bericht der Neurologie und Schlafmedizin des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2013 (act. I 4) zu den Akten.

Gestützt auf eine weitere Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2013 (in den Gerichtsakten) schloss die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Schreiben vom 30. März 2016 machte der Instruktionsrichter die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Rechtsprechung nach BGE 137 V 314 auf eine mögliche Schlechterstellung (reformatio in peius) aufmerksam

und bot ihr Gelegenheit zur Stellungnahme resp. zum Rückzug der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin hielt mit Eingabe vom 27. April 2016 an ihrer Beschwerde fest und reichte ergänzende medizinische Berichte ein (act. I 5 ff.).

## **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** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 27. September 2013 (act. II 99). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

Mit der rückwirkenden Zusprechung einer befristeten Invalidenrente wird ein Rechtsverhältnis im anfechtungs- und streitgegenständlichen Sinne geregelt. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen ange-

fochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blieben (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d S. 418). Folglich ist der Anspruch auf eine Invalidenrente insgesamt – unter Einschluss der grundsätzlich unbestritten gebliebenen Zusprechung einer Viertelsrente vom 1. Januar 2007 bis 31. Mai 2010 – zu prüfen.

**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).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar

ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

**2.3** 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.

Nach aArt. 29 Abs. 1 IVG (geltend bis 31. Dezember 2007) entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (lit. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (lit. b). Seit Januar 2008 entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

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

**2.5** 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 oder 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 141 V 15 E. 3.2 S. 20, 125 V 146 E. 2a S. 150).

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

**2.7** Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHJ 1998 S. 121 E. 1b).

**2.8** Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

### 3.

**3.1** Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.1.1** Im Gutachten vom 14. Juni 2008 (act. II 25) stellte der Psychiater Dr. med. B. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 11 Ziff. 4):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Aus einer initialen Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22) hervorgegangene chronifizierende ängstlich-depressive Entwicklung, aktuell weiterhin mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) mit/bei
  - malcompliant befolgt antidepressiver Therapie

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Unsystematische, amplifizierende Somatisierungsstörungen (ICD-10 F45.0), undiff. Somatisierungsstörungen (ICD-10 F45.1) resp. somatoform-autonome Funktionsstörungen (ICD-10 F45.3) mit/bei
  - durch Arbeitsplatzkonflikt zur Dekompensation gebrachtem, bisher stummem hysterisch-neurotischem Substrat resp. akzentuierten histrionischen und abhängigen Persönlichkeitszügen mit/bei
    - initial iatrogener Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.2)
    - erheblichem Krankheitsgewinn
- Psychosoziale Belastungsfaktoren: Unstimmigkeiten mit Vorgesetzten (ICD-10 Z56.4); Stellenverlust (ICD-10 Z56.0); Malassimilation bei Migration (ICD-10 Z60.3); belastende familiäre Situation (ICD-10 Z63.7)

Nachdem bis zum auslösenden Arbeitskonflikt im Januar 2006 bei der Explorandin keinerlei psychiatrische Auffälligkeiten bestanden hätten, sie früher eine ganz fröhliche und glückliche Frau gewesen sein soll, die Besuche, Gesellschaft und Kinder gern gehabt habe, es seit Erkrankungsbeginn laut den vorhandenen Akten – unter kontinuierlicher Psycho- und Psychopharmakotherapie seit 31. Januar 2006 und während zwei Hospitalisationen im 2006 und 2007 – weder je zu einer zumindest graduellen Besserung, geschweige denn zu einer Remission gekommen und der Depressionsgrad immer gleichbleibend als mittelgradig eingestuft worden sei, sei von einer aus der Anpassungsstörung hervorgegangenen chronifizierenden ängstlich-depressiven Entwicklung zu sprechen, die auch heute noch mittelgradig sei (S. 12). Die fehlende Besserung des Gesundheitszustandes erkläre sich mutmasslich durch eine objektivierte Antidepressiva-Malcompliance und durch die komorbide Verflechtung mit einer dekompenzierten angsthysterisch-persönlichkeitsmässigen Problematik mit wesentlicher Krankheits-Manifestation im konversiven Bereich (unsystematische,

amplifizierende Somatisierungsstörungen [ICD-10 F45.0], undiff. Somatisierungsstörungen [ICD-10 F45.1] resp. somatoform-autonome Funktionsstörungen [ICD-10 F45.3]). Zudem profitiere die Explorandin von einem enormen Krankheitsgewinn und limitiere sich im Interesse der Erhaltung dieses Gewinns selbst (S. 13). Zum weiteren Therapieverlauf führte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ aus, als erstes müsse die antidepressive Therapie durchgesetzt und mit Spiegelkontrollen überwacht werden. Bekanntlich seien nur wenige Depressionen wirklich therapieresistent. Zudem sei das Benzodiazepin langsam zu entziehen. Hinsichtlich der Beurteilung allfälliger IV-relevanter Arbeitsunfähigkeits-Einschränkungen seien die unsystematisierten, polymorphen Somatisierungen vernachlässigbar, da von ihnen die Vermutung der Überwindbarkeit bei zumutbarer Willensanstrengung gelte. Um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), bei welcher die Unüberwindbarkeit ausnahmsweise bejaht werden könnte, handle es sich vorliegend nicht; hier liege eine amplifizierende Beschwerdeklage als Ausdruck einer dysfunktionalen Erlebnisverarbeitung, also eine nicht invalidisierende Problematik vor (S. 14). Für die Beurteilung einer allfälligen IV-relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei daher auf die Depression abzustellen. Zurzeit könne die Explorandin ihre bisherige ausserhäusliche Tätigkeit sowie die Arbeit im Haushalt medizinisch-theoretisch zu gesamthaft 50% ausüben (S. 15 Ziff. 2).

**3.1.2** Im Bericht vom 11. Januar 2010 (act. II 44) diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. E.\_\_\_\_\_ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und abhängigen Persönlichkeitsanteilen (ICD-10 F61.0) sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Im Weiteren attestierte sie seit dem 31. Januar 2006 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1) und hielt fest, der Gesundheitszustand sei stationär (S. 2).

**3.1.3** Die Beschwerdeführerin befand sich vom 13. Januar 2010 bis am 2. März 2010 in der Klinik C.\_\_\_\_\_. Im Austrittsbericht vom 3. März 2010 (act. II 47 S. 2) wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), eine kombi-

nierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und abhängigen Persönlichkeitsanteilen (ICD-10 F61.0) sowie ein Benzodiazepinabhängigkeitsyndrom gegenwärtig abstinent, aber in beschützter Umgebung (ICD-10 F13.21) genannt (S. 2). Die behandelnden Ärztinnen Dres. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und I.\_\_\_\_\_ führten betreffend Therapie und Verlauf aus, insgesamt müsse der Zustand der Patientin als chronisch und schwer zu therapieren eingestuft werden. Der depressive Affekt sei mittelgradig, wobei das Verhalten der Patientin teilweise etwas Demonstratives gehabt habe und sie manchmal sehr inadäquat auf Kritik reagiert habe (S. 5).

**3.1.4** Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, teilte im Bericht vom 27. August 2010 (act. II 57) mit, aus internistischer Sicht beständen keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

**3.1.5** Mit Arztbericht vom 1. November 2010 (act. II 58) bestätigte die Psychiaterin Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die im Bericht vom 11. Januar 2010 gestellten Diagnosen unter Hinweis auf einen Status nach Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.20) und gab an, es sei zu keiner Besserung des psychiatrischen Zustandes gekommen. Im ärztlichen Zeugnis vom 24. Januar 2011 (act. I 2) legte sie zudem dar, aufgrund des bisherigen unbefriedigenden Krankheits- und Therapieverlaufs müsse die Prognose bezüglich anhaltender gesundheitlicher Verbesserung und erneuter Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Patientin aus ärztlich-psychiatrischer Sicht als eindeutig ungünstig betrachtet werden. Sie sei zu 100% arbeitsunfähig.

**3.1.6** Im Gutachten vom 10. Januar 2012 (act. II 77.1) führte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen auf (S. 10 Ziff. 4):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Aus einer initialen Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22) hervorgegangene chronifizierende ängstlich-depressive Entwicklung, aktuell leicht bis höchstens mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) mit/bei
  - laut zwei Spiegelbestimmungen (vom 8. April und 3. Oktober 2011) compliant befolgt antidepressiver Therapie
  - fehlender Compliance bezüglich Verhaltensänderungen und Teilnahme an einer sozial-psychiatrischen Therapie

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Unsystematische, amplifizierende Somatisierungsstörungen (ICD-10 F45.0), undiff. Somatisierungsstörungen (ICD-10 F45.1) resp. somatoform-autonome Funktionsstörungen (ICD-10 F45.3) mit/bei
  - durch Arbeitsplatzkonflikt zur Dekompensation gebrachtem, bisher stummem hysterisch-neurologischem Substrat resp. akzentuierten histrionischen und abhängigen Persönlichkeitszügen mit/bei
  - Entwicklung körperlicher Symptome aus psychiatrischen Gründen (ICD-10 F68.0) mit erheblichem Krankheitsgewinn
  - seit Januar 2006 iatrogener Benzodiazepin-Abhängigkeit, seit März 2010 abstinent (ICD-10 F13.202)
- Psychosoziale Belastungsfaktoren: Unstimmigkeiten mit Vorgesetzten (ICD-10 Z56.4); Stellenverlust (ICD-10 Z56.0); Malassimilation bei Migration (ICD-10 Z60.3); belastende familiäre Situation (ICD-10 Z63.7)

Zum Befund führte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ auf, er favorisiere weiterhin die geäusserte Auffassung, dass Symptomperpetuierung resp. Aggravation (ICD-10 F68.0) in Form einer chronifizierten, pathologischen Ereignisverarbeitung auf einem Hintergrund dekompenzierter akzentuierter Persönlichkeitszüge histrionischer und abhängiger Art vorliege. Zudem sei der Depressionsgrad realiter deutlich geringer, als die Explorandin inszeniere resp. mime. Massive sowie jahrelange ambulante und stationäre Therapieversuche hätten die Explorandin nicht dazu gebracht, sich von ihrer kompletten Verweigerung und Dysfunktion zu distanzieren und zu einem ressourcenorientierten Denken zurückzukehren. Sie boykottiere zwar heute nicht mehr die AD-Therapie, aber weiterhin die verhaltenstherapeutischen Auflagen und Optionen, die ihr – bei gebesserter Depression – zumutbar wären (S. 16). Zum Zumutbarkeitsprofil legte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ dar, seit dem erfolgreichen Benzodiazepinentzug und der Installation einer optimierten AD-Therapie im März 2010 sei von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 50 bis 60% mit voller Leistung auszugehen, wobei ihr die private Haushaltarbeit mindestens in diesem, wegen der Selbsteinteilbarkeit eher in höherem Umfang zumutbar sei (S. 17 Ziff. 2).

**3.1.7** Am 6. Februar 2012 (act. II 78 S. 4) teilte die RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ mit, die Einschätzungen von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ seien nachvollziehbar.

**3.1.8** In der Stellungnahme vom 11. April 2012 (act. II 89 S. 3) wies Dr. med. E. \_\_\_\_\_ darauf hin, dass sich der psychische Zustand seit dem ärztlichen Zeugnis vom 24. Januar 2011 nicht verändert habe und es auch während den Hospitalisationen in den Jahren 2006, 2007 und 2010

zu keiner Besserung gekommen sei. Im Weiteren sei anzumerken, dass bei der Patientin zwischen dem depressiven Zustand und der ausgeprägten Schmerzempfindlichkeit eine gegenseitige Verstärkung der Symptomatik im Sinne eines circulus vitiosus bestehe. Die depressive Symptomatik trage fraglos zu einer Chronifizierung der Schmerzsymptomatik bei.

**3.1.9** Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 13. Juni 2012 (act. II 91 S. 3) eine somatoforme Störung mit Panalgie sowie eine Depression. Im Weiteren führte er aus, die spontane Beschwerdeäusserung (aktuell vordergründig Knie-schmerzen links nach Treppensturz), die systematische Befragung sowie die klinische Untersuchung lieferten keine Hinweise für eine entzündliche Systemerkrankung im weitesten Sinne oder für eine Erkrankung aus dem Formenkreis der Konnektivitiden. Die deutliche Diskrepanz zwischen Spontanverhalten und konkreten Untersuchungen in verschiedenen Modalitäten spreche stark für eine Symptomausweitung.

**3.1.10** Der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, für Tropen- und Reisemedizin und für Allgemeine Innere Medizin FMH, kam in seiner Stellungnahme vom 19. Juli 2012 (act. II 92 S. 5) zum Schluss, eine rheumatologische oder orthopädische Erkrankung liege nicht vor. Dabei verwies er in Bezug auf die Rheumatologie auf den Bericht von Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 13. Juni 2012 und erläuterte betreffend die orthopädische Problematik, das MRI des linken Kniegelenkes (act. II 91 S. 2) habe lediglich Fissuren der Menisken gezeigt, die keinen klinischen Einfluss hätten.

**3.1.11** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nahm am 24. Juli 2012 (act. II 93 S. 6) Stellung zum Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und gab an, darin fänden sich keine neuen Erkenntnisse. Das bisherige Zumutbarkeitsprofil sei nach wie vor gültig. Die Abweichung von der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin ergebe sich einerseits aus der beweisrechtlich relevanten Verschiedenheit des Behandlungsauftrages und des Begutachtungsauftrages und andererseits aus einer anderen Beurteilung desselben Sachverhalts.

**3.1.12** Im Befundbericht der nächtlichen Polysomnographie vom 29. Oktober 2013 (act. I 3) wurde festgehalten, bei der Patientin beständen objektiv eine schwergradige Schlafkontinuitätseinschränkung, Ein- und Durchschlafstörungen mit 39% Schlaffeffizienz sowie zusätzlich ein relevantes Periodic Limb Movement Syndrom als wahrscheinlicher Grund einer hochgradigen persistierenden Tagesmüdigkeit und -schläfrigkeit.

**3.1.13** Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und Schlafmedizin FMH, diagnostizierte nach der Untersuchung vom 5. November 2013 (act. I 4) einen Verdacht auf ein sekundäres Restless-Legs-Syndrom bei schwerer Eisenmangelanämie, Beinödeme (Differentialdiagnose [DD]: Herzinsuffizienz, Anämie, NW Sifrol), ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Hypopnoe-Syndrom (behandelt seit 10. Juni 2013), eine Depression (behandelt seit ca. 2005), Adipositas, ein Karpaltunnel-Syndrom beidseits, ein chronisches Schmerzsyndrom sowie einen Status nach Zeckenbiss (behandelt vor ca. drei Jahren; S. 1). In der weiteren Beurteilung führte sie aus, in der Tat habe sich heute in der Anamnese-Erhebung die Verdachtsdiagnose (Restless-Legs-Syndrom) bestätigt. In der neurologischen Untersuchung hätten hingegen keine Anhaltspunkte für eine periphere Neuropathie festgestellt werden können (S. 2). Nach der Untersuchung vom 26. November 2013 änderte Dr. med. M. \_\_\_\_\_ die bisher verschriebene Medikation in der Hoffnung, die Restless-Legs-Symptome und die Schlafqualität zu verbessern (S. 3).

**3.1.14** Am 3. Dezember 2013 (act. II 104) nahm Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erneut zum medizinischen Sachverhalt Stellung. In psychiatrischer Sicht verwies sie im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ und ergänzte, dass dieses nach wie vor gelte. Betreffend die Polysomnographie führte sie aus, das Ergebnis mit deutlich mehr als 10 Beinbewegungen pro Stunde erkläre die Tagesmüdigkeit. Die Störung sei grundsätzlich behandelbar; es lägen zwar bislang keine grösseren Studien vor, es gebe jedoch aktuelle Empfehlungen. Damit handle es sich hierbei nicht um einen IV-relevanten Gesundheitsschaden (S. 7).

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat,

ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

### **3.3**

**3.3.1** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 27. September 2013 (act. II 99) massgeblich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 10. Januar 2012 (act. II 77.1) betreffend die Untersuchung vom 3. Oktober 2011 gestützt.

Dieses Gutachten erfüllt für den massgeblichen Zeitpunkt des Verfügungserlasses die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor) nicht vollumfänglich. Dies weil die Untersuchung zum psychiatrischen Gutachten vom 10. Januar 2012 rund zwei Jahre vor der angefochtenen Verfügung stattgefunden hat und es zudem in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der gesundheitlichen Situation nicht restlos einleuchtend ist. Ferner sind auch die Schlussfolgerungen weder verständlich noch nachvollziehbar begründet. So diagnostizierte Dr. med. B. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 14. Juni 2008 noch eine chronifizierende ängstlich-depressive Entwicklung, aktuell mittelgradig

mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11; act. II 25 S. 11 Ziff. 4.1), während er im Gutachten vom 10. Januar 2012 seit dem erfolgreichen Benzodiazepinentzug und der Installation einer optimierten AD-Therapie eine chronifizierende ängstlich-depressive Entwicklung, aktuell leicht bis höchstens mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) feststellte (act. II 77.1 S. 10 und 17), ohne dabei die ICD-10 Klassifikation zu ändern. Zudem erläuterte er nicht, wie sich der erfolgreiche Benzodiazepinentzug auf die chronifizierte ängstlich-depressive Entwicklung ausgewirkt hat resp. inwiefern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin dadurch verändert bzw. verbessert haben soll. Letzterer Beurteilung stehen denn auch die Einschätzungen der behandelnden Psychiaterin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ entgegen, die stets eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11), diagnostizierte und den Gesundheitszustand als stationär und unverändert bezeichnete (act. II 44, 58, 89 S. 3; act. I 2). Nichts anderes wurde nach der stationären Behandlung in der Klinik C. \_\_\_\_\_ vom 13. Januar 2010 bis 2. März 2010 berichtet, gelang es doch trotz wiederholtem Versuch, die Beschwerdeführerin zu aktivieren, nicht, eine affektive Aufhellung zu erreichen, weshalb der depressive Affekt weiterhin als mittelgradig eingestuft wurde (act. II 47 S. 5). Die Diagnosestellung und die dadurch von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ dargelegte Verbesserung des Gesundheitszustandes im Gutachten vom 10. Januar 2012 sind daher nicht überzeugend und nachvollziehbar.

Im Weiteren hat Dr. med. B. \_\_\_\_\_ in seiner Expertise vom 10. Januar 2012 nicht hinreichend dargelegt, weshalb er aufgrund der diagnostizierten leicht bis knapp mittelgradigen Depression von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 50 bis 60% resp. betreffend die private Haushaltarbeit von einer solchen von mindestens 60% ausging (act. II 77.1 S. 17) und damit unter Berücksichtigung seiner Diagnosestellung doch eine relativ hohe Arbeitsunfähigkeit von 40 bis 50% attestierte. Dies umso mehr, als eine leichte depressive Episode allein rechtsprechungsgemäss (grundsätzlich) nicht geeignet ist, eine leistungsspezifische Invalidität (vgl. Art. 4 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG) zu begründen. Denn bei einem derartigen Gesundheitsschaden ist in der Regel davon auszugehen, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verblei-

bende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Januar 2010, 9C\_260/2009, E. 2.3). Im Weiteren geht aus dem Gutachten nicht hervor, ob sich das genannte Zumutbarkeitsprofil nur auf die angestammte Tätigkeit als ... (act. II 79 S. 4) bezieht oder ob damit auch Verweisungstätigkeiten – und falls ja welche – gemeint sind. Diese Unterscheidung ist wichtig, um die Invalidität resp. den Invaliditätsgrad festlegen zu können, verlangen doch Art. 6 bis Art. 8 sowie Art. 16 ATSG die Berücksichtigung angepasster Tätigkeiten.

Aus dem Dargelegten folgt, dass auf das psychiatrische Gutachten vom 10. Januar 2012 (act. II 77.1) nicht ohne weiteres abgestellt werden kann. Dies umso weniger, als die Zeit von rund zwei Jahren nach der Untersuchung am 3. Oktober 2011 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung nicht beurteilt wurde. Daran ändern die Berichte der RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (act. II 78 S. 4; 93 S. 6 f.; 104 S. 7), in welchen diese ohne einlässliche Begründung die Expertise von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ als nachvollziehbar einstufte, nichts.

**3.3.2** Des Weiteren kann aber auch nicht abschliessend auf das Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2008 (act. II 25) oder auf die Atteste der behandelnden Psychiaterin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (act. II 44, 58, 89 S. 3; act. I 2) abgestellt werden, denn diese Akten zeigen neben der uneinheitlichen Darstellung der medizinischen Situation auch hinsichtlich der attestierten Arbeitsfähigkeit kein restlos überzeugendes Bild.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ist festzustellen, dass Dr. med. B. \_\_\_\_\_ in seiner psychiatrischen Expertise vom Juni 2008 gestützt auf den Depressionsgrad davon ausgegangen ist, die Explorandin könne ihre bisherige ausserhäusliche Tätigkeit und die Arbeit im Haushalt medizinisch-theoretisch zu gesamthaft 50% ausüben (act. II 25 S. 15 Ziff. 2), während Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in ihren Attesten stets eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestierte (act. II 44, 58; act. I 2). Wie beim Gutachten vom Januar 2012 bleibt ebenfalls in der Expertise vom Juni 2008 offen, ob sich das genannte Zumutbarkeitsprofil nur auf die angestammte Tätigkeit als ... (act. II 79 S. 4) bezieht oder ob damit auch Verweisungstätigkeiten gemeint sind, weshalb das Gutachten vom 14. Juni 2008 (act. II 25) auch nicht als Grundlage für die Festlegung der Invalidität resp. des Invaliditätsgrades

dienen kann. Da das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3), kann auch nicht unbesehen auf die Atteste der behandelnden Psychiaterin abgestellt werden. Zumal dies nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt gilt, 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).

Zudem ist festzustellen, dass es sich bei den bei den Akten liegenden medizinischen Einschätzungen ausschliesslich um monodisziplinäre Beurteilungen und nicht um interdisziplinäre Einschätzungen handelt. In den Akten werden in medizinischer Hinsicht jedoch nicht nur psychische Problemkreise beschrieben, sondern auch somatische, wobei insbesondere die Befunde der nächtlichen Polysomnographie vom 29. Oktober 2013 – mit festgestellter schwergradiger Schlafkontinuitätseinschränkung – im Vordergrund stehen (vgl. act. I 3). Inwiefern diese behandelt werden können und ob sie einen Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bzw. auf das Zumutbarkeitsprofil haben, wurde indessen nicht abgeklärt. Auf den bloss pauschalen Hinweis von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2013 (act. II 104 S. 7), wonach diese Störungen grundsätzlich behandelbar seien und es sich hierbei nicht um einen IV-relevanten Gesundheitsschaden handle, kann nicht abgestellt werden. Ebenfalls nicht genügend abgeklärt sind die von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 5. November 2013 (act. I 4) erwähnten Beinödeme (DD Herzinsuffizienz, Anämie, NW Sifrol). Wenn sodann der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ den Kniebeschwerden links keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bzw. auf das Zumutbarkeitsprofil beimisst (vgl. Bericht vom 19. Juli 2012, act. II 92 S. 5), überzeugt dies ebenfalls nicht ohne weiteres, da Dr. med. L. \_\_\_\_\_ nicht Spezialarzt im Gebiet der Orthopädie ist. Eine polydisziplinäre Klärung der gesamten gesundheitlichen Situation sowohl in psychiatrischer als auch in somatischer

Hinsicht findet sich in den Akten nicht, ist jedoch insbesondere im Hinblick auf die verschiedenen erwähnten Problemkreise unerlässlich.

Dr. med. B. \_\_\_\_\_ ist in seinem Gutachten vom 14. Juni 2008 unter anderem davon ausgegangen, dass die unsystematisierten, polymorphen Somatisierungen zu vernachlässigen seien, da von ihnen die Vermutung der Überwindbarkeit bei zumutbarer Willensanstrengung gelte (act. II 25 S. 14), während Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in ihren Arztberichten die Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einstuft (act. II 44, 58; act. I 2). Ob eine bei der Beschwerdeführerin allenfalls vorliegende somatoforme Schmerzstörung invalidisierend ist, beurteilt sich – unter Annahme einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – in rechtlicher Hinsicht nach der neuen Praxis gemäss BGE 141 V 281. Eine schlüssige Beurteilung im Lichte der neu massgeblichen Indikatoren ist vorliegend jedoch nicht möglich.

**3.3.3** Unter diesen Umständen kann die medizinische Situation bzw. können deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit gestützt auf die vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden. Die Beschwerdegegnerin hat die gebotenen Abklärungen nachzuholen und den medizinischen Sachverhalt im Rahmen einer polydisziplinären MEDAS-Begutachtung fachärztlich abklären zu lassen, wobei auch die von der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 27. April 2016 eingereichten, den Sachverhalt nach Erlass der angefochtenen Verfügung betreffenden und daher hier nicht massgebenden Arztberichte (act. I 5 ff.) den Gutachtern vorzulegen sind. Sodann hat die Beschwerdegegnerin insbesondere auch die neue Praxis gemäss BGE 141 V 281 zu berücksichtigen.

Nachdem bisher von der Beschwerdegegnerin kein polydisziplinäres Gutachten veranlasst worden ist, steht die bundesgerichtliche Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 einer Rückweisung an die IV-Stelle nicht entgegen. Eine vollständige polydisziplinäre Begutachtung ist im Übrigen mit Blick auf die nachträgliche Verwaltungsrechtspflege und den Untersuchungsgrundsatz vorab Sache des Sozialversicherungsträgers. Sodann wird von der Beschwerdegegnerin auch ein neuer Abklärungsbericht Haushalt zu veranlassen und über den Status im Lichte der dannzumal geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung zu befinden sein.

**4.** Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 27. September 2013 (act. II 99) aufzuheben. Die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen zurückzuweisen. Anschliessend hat sie über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu zu verfügen.

**5.**

**5.1** 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.

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.

**5.2** Trotz ihres Obsiegens hat die nicht vertretene Beschwerdeführerin nach konstanter Praxis keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da der Aufwand zur Wahrung ihrer Interessen den Rahmen dessen nicht überschritten hat, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (vgl. BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

**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. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern (samt der Eingabe vom 27. April 2016 [inkl. Beilagen])
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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