

200 14 1149 IV
KOJ/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. April 2015

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
c/o lic.iur. B. _____

Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 31. Oktober 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1972 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 11. Januar 2012 unter Hinweis auf einen Bandscheibenvorfall und eine entsprechende Operation im Oktober 2011 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und holte Stellungnahmen ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (AB 7 – 10, 22/3). Mit Verfügung vom 16. April 2013 verneinte die IVB den Anspruch auf berufliche Massnahmen (AB 28) und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 4. Juni 2013 die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht (AB 30). Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch lic. iur. B._____, am 4. Juli 2013 Einwände (AB 31). Daraufhin liess die IVB die Versicherte auf Empfehlung ihres RAD interdisziplinär begutachten (AB 34). Die entsprechende Expertise der MEDAS C._____, Medizinische Abklärungsstelle der Eidg. Invalidenversicherung (MEDAS), wurde am 20. Februar 2014 erstattet (AB 51.1). Nachdem die IVB der Versicherten zum MEDAS-Gutachten das rechtliche Gehör gewährt hatte, stellte sie ihr mit Vorbescheid vom 7. April 2014 die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht (AB 53 – 55). Dagegen erhob die Versicherte am 6. Mai 2014 unter Bezugnahme auf einen Bericht des psychiatrischen Dienstes D._____ vom 25. April 2014 Einwände (AB 56). Auf Empfehlung ihres RAD holte die IVB bei der MEDAS C._____ zwei ergänzende Stellungnahmen ein und gewährte der Versicherten dazu das rechtliche Gehör (AB 55 – 65). Mit Verfügung vom 31. Oktober 2014 verneinte die IVB daraufhin bei einem Invaliditätsgrad von 28 % den Anspruch auf eine Invalidenrente (AB 66).

B.

Dagegen erhob die Versicherte am 2. Dezember 2014 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr un-

ter Berücksichtigung aller medizinischen Elemente – psychisch wie physisch – eine Invalidenrente zuzusprechen. Gleichzeitig stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, die vom psychiatrischen Dienst D._____ aufgrund der psychiatrischen Krankheitsanteile attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei im MEDAS-Gutachten ausser Acht gelassen worden. Objektiv gesehen habe sie in Anbetracht der langen Liste ihrer physischen und psychischen Leiden keine Chance, eine angepasste leichte Tätigkeit zu finden. Unter Berücksichtigung ihrer Depression, welche durch die behandelnde Psychiaterin bestätigt worden sei, und den diversen körperlichen Beschwerden, vor allem der starken Schmerzen, liege zumindest eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit vor, weshalb ein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe.

Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 16. Januar 2015 auf eine einlässlich begründete Beschwerdeantwort und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 20. Januar 2015 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut.

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 Anträ-

gen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 31. Oktober 2014 (AB 66). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens

einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG)

2.2 Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter

Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354).

2.4 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt

berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

2.5 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. Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG 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.

2.6 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).

2.7 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).

2.8 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.

Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Im Bericht des psychiatrischen Dienstes D. _____ vom 9. April 2013 (AB 29) diagnostizierten die behandelnden Ärzte eine rezidivierende depressive Störung, leichten bis mittelgradigen Ausmasses (ICD-10: F33.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), bestehend seit zirka zehn Jahren. Zur Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei seit mehreren Jahren nicht mehr arbeitstätig; die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Es bestehe eine qualitative wie quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit, zudem lägen ein unzuverlässiges Erscheinen und eine rasche Überforderung vor. Zur Anamnese hielten die behandelnden Ärzte fest, die Beschwerdeführerin sei vor zirka zehn Jahren in die Schweiz gekommen, wo sie vorerst noch verschiedentlich arbeitstätig gewesen sei (...). Schon nach zirka einem Jahr seien Rückenschmerzen aufgetreten, die sie seither quälten und im Jahr 2011 zu einer Operation geführt hätten. Eine Hospitalisation im Spital E. _____ habe die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychologischen Anteilen ergeben. Seit Juli 2012 sei die Beschwerdeführerin in

psychiatrischer Behandlung im psychiatrischen Dienst D._____. Im Vordergrund stünden dabei – neben der quälenden Schmerzproblematik – Ängste und Stimmungsschwankungen bis hin zu Lebensüberdruß in Zusammenhang mit ihrer schwierigen sozialen Situation: Als unverheiratete, kinderlose Frau fühle sie sich wertlos, als Analphabetin, ohne Arbeit und ohne soziale Kontakte ausserhalb ihrer Kernfamilie stehe sie ohne Status und Zukunftsperspektive da. Unklar sei zudem, ob die Beschwerdeführerin traumatische Erlebnisse während des ... durchgemacht habe.

3.2 Das MEDAS-Gutachten vom 20. Februar 2014 (AB 51.1) basiert auf fachärztlichen Untersuchungen in den Bereichen Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Dermatologie und Psychiatrie. Die Gutachter führten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (AB 51.1/36):

Chronisches lumbovertebrales/lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit sensorischem radikulärem Ausfallsyndrom L5 links

- nach mikrochirurgischer Sequesterektomie und Ausräumung des Bandscheibenfaches L4/L5 bei sequestrierter Diskushernie L4/L5 links am 28. Oktober 2011 bei
- Spondylolisthesis L4/L5 Grad I nach Meyerding
- bilateraler Spondylolyse L4 und
- breitbasiger Diskushernie L4/5 mit foraminale Ausdehnung (MRT LWS vom 25. Februar 2013)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die Folgenden festgehalten (AB 51.1/36):

- Adipositas permagna (BMI 44)
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, Malapati Stadium III
- Chronische Hepatitis B-Infektion
- Prurigo simplex subacuta
- Vitiligo lokalisierter Typ Abdomen
- Xerosis cutis
- Genua valga
- Spreizfüsse
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- Histrionisch akzentuierte Persönlichkeitszüge
- Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung
- Probleme in Verbindung mit Ausbildung und Bildung

Zu den Auswirkungen der Störung auf die bisherige Tätigkeit hielten die Gutachter fest (AB 51.1/38), konkret eingeschränkt sei die Beschwerdeführerin für alle rückenbelastenden Tätigkeiten mit einem Hebe- und Haltelimit von 5 kg, mit repetitivem sich Bücken müssen, mit regelmässigem Besteigen von Leitern und Gerüsten etc. wie dem Arbeiten in körperlicher Zwangshaltung. Alle wechselbelastenden Tätigkeiten mit leichten Gewichtsbelastungen seien rein somatisch gesehen uneingeschränkt zumutbar. Längeres oder vorwiegendes Gehen und Stehen seien nicht zumutbar. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin in einer durchschnittlichen Tätigkeit als ... infolge der organisch begründbaren Beschwerden aufgrund der sensorischen Reizsymptomatik und Schmerzen in der lumbalen Wirbelsäule zu 50 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Mittelschwere und schwere, insbesondere rückenbelastende Tätigkeiten seien nicht zumutbar. Weiter berichteten die Gutachter (AB 51.1/39), in adaptierten Tätigkeiten, welche die oben genannten Voraussetzungen erfüllten, bestehe rein somatisch beurteilt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % aufgrund der chronischen, somatisch begründbaren Schmerzanteile. Psychiatrisch bestehe keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es liege eine bewusstseinsnahe demonstrative psychosomatische Überlagerung der gesamten Symptomatik bei eindeutig feststellbarer schwieriger sozialer Lage vor. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund ihrer mangelnden Ausbildung, ihres Mangels an schulischen Kenntnissen in der Gesellschaft erheblich sozial behindert, ihre Lebenspläne seien gescheitert; dass sie in dieser Situation eine Art Flucht in die Krankheit suche, sei auch normal psychologisch nachvollziehbar. Weiter verwiesen die Gutachter zu den Fragen der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung des psychosomatischen Leidensanteils auf den psychiatrischen Teilstatus. Dort wurde diesbezüglich festgehalten (AB 51.1/34), es bestehe eine leichte psychische Komorbidität, nicht aber eine ausgewiesene im Sinne einer histrionisch akzentuierten Persönlichkeitsstruktur. Weiter seien degenerative Veränderungen und eine neurologische Pathologie im Rücken vorhanden; ein langjähriger Verlauf sei insofern vorhanden, als dass bei psychosomatischen Überlagerungen oder Krankheiten ein somatischer Therapieansatz nicht zum Erfolg führen könne. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens bestehe nicht. Über einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten,

psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung im Sinne eines primären Krankheitsgewinnes oder einer Flucht in die Krankheit könne ausgesagt werden, dass wahrscheinlich ein solcher nicht vorliege, hingegen ganz offensichtliche Gründe eines Scheiterns eines Lebensplanes aufgrund schlechter sozialer Voraussetzungen, um diesen auch umsetzen zu können. Von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequent durchgeführter ambulanter oder stationärer Behandlungsbemühungen könne insofern nicht gesprochen werden, als dass somatische Therapieansätze bei grundsätzlich psychosomatischen und auch sozialen Problemen nicht von Erfolg begleitet werden könnten. Die Gutachter folgerten – bezüglich der Überwindbarkeit des psychosomatischen Leidensanteils – daraus (AB 51.1/39), rein medizinisch gesehen bestehe keine Einschränkung diesbezüglich, würde die Beschwerdeführerin doch ihre Gesundheit in einer adaptierten Tätigkeit sicher nicht gefährden.

3.3 Im Bericht des psychiatrischen Dienstes D. _____ vom 25. April 2015 (AB 56/4 f.) führten die behandelnden Ärzte als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, leichten bis mittelgradigen Ausmasses (ICD-10: F33.1), und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), bestehend seit zirka zehn Jahren, auf. Zum Einfluss des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, die psychiatrischen Krankheitsanteile führten zu einer leichten bis mittelgradigen Leistungseinschränkung bei der Arbeit, insbesondere in den Bereichen Kognition (Konzentration) und im interpersonellen Kontakt sowie der Stresstoleranz. Die rezidivierende depressive Störung und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung führten zu einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit. Die genaue prozentuale Leistungsfähigkeit sei abhängig von der jeweiligen Arbeit und aktuell bei längerer Arbeitslosigkeit schwer einzuschätzen. Es werde eine neue Beurteilung im Rahmen eines Arbeitstrainings empfohlen. Zur Anamnese wurde im Wesentlichen das Gleiche wie im Bericht vom 9. April 2013 (AB 29; vgl. E. 3.1 hiervor) ausgeführt.

3.4 In der ergänzenden Stellungnahme der MEDAS C. _____ vom 30. Juni 2014 (AB 61) wurde ausgeführt, am 9. April 2014 habe der psychiatrische Dienst D. _____ die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung leichten bis mittelgradigen Ausmasses sowie eine anhalten-

de somatoforme Schmerzstörung, bestehend seit zehn Jahren, genannt. Hier bestehe insofern eine Differenz zur MEDAS-Beurteilung, als dass eine depressive Komponente des Leidens separat, losgelöst von der psychosomatischen und sozialen Problematik gestellt worden sei. Dazu sei anzumerken, dass die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung in ihrer Affektivität zwar schwankend gewesen sei, vorwiegend lebhaft klagsam im Zusammenhang mit ihren körperlichen Beschwerden, aber auch durchaus habe lächeln und lachen können sowie sehr munter gewesen sei, histriionisch gefärbt und weitschweifig berichtet habe, wie dies im psychiatrischen Befund festgehalten worden sei. Es habe anlässlich der gutachterlichen Untersuchungen in der Abklärungswoche von keinem der beteiligten Untersucher eine eigentliche Depression festgestellt werden können. Naturgemäss sei die Affektivität sehr situationsabhängig, abhängig von der sozialen Problematik und vom subjektiven Schmerzerleben. Man könne aber keine eigenständige depressive Störung diagnostizieren, es handle sich hier um eine normale psychologisch nachvollziehbare Reaktion auf die multiplen sozialen Probleme und nicht um eine eigenständige Krankheit im Sinne einer Depression. Da passagere depressive Symptome immer Begleitsymptome von somatoformen Störungen seien, seien diese in den Akten erwähnten Symptome auch nicht separat diagnostiziert worden. Zusammengefasst könne gesagt werden, dass mit den vorbegegutachtenden Stellungnahmen Einigkeit über das Vorliegen eines psychosomatischen Leidens vorhanden sei und lediglich im letzten Bericht des psychiatrischen Dienstes D._____ vom April 2013 eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert worden sei. Grundsätzlich handle es sich um eine etwas diagnostisch verschobene Darstellung des gleichen Sachverhaltes und eine andere Gewichtung desselben.

3.5 Nach Kenntnisnahme des Berichts des psychiatrischen Dienstes D._____ vom 25. April 2014 (AB 56/4 f.) wurde in einer weiteren MEDAS-Stellungnahme vom 20. August 2014 (AB 63) ausgeführt, die entsprechenden Diagnosen seien bereits in den Vorberichten des psychiatrischen Dienstes D._____ gestellt worden und aufgrund der älteren Akten bekannt gewesen. Von Seiten der MEDAS C._____ sei dazu im Bericht vom 30. Juni 2014 ausführlich Stellung genommen worden und diese Berichte seien auch im MEDAS-Gutachten erwähnt worden. Neue Aspekte

ergäben sich aus dem aktuell vorliegenden Bericht nicht. Wie im MEDAS-Gutachten festgehalten worden sei, stehe in erster Linie die missliche soziale Situation der Beschwerdeführerin im Vordergrund, die natürlicherweise zu einer depressiven Stimmungslage führen könne. Dennoch sei die Beschwerdeführerin während ihres gesamten Aufenthaltes in der MEDAS C._____ nie als depressiv aufgefallen, hingegen sei die psychosomatische Komponente im Sinne der auch in ... gestellten Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung mit aller Deutlichkeit feststellbar. Von einer eigentlichen und eigenständigen depressiven Krankheit im engeren Sinne könne nicht gesprochen werden.

4.

4.1 Das MEDAS-Gutachten vom 20. Februar 2014 (AB 51.1) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.8 hiavor). Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, zudem ist es in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtend und enthält begründete Schlussfolgerungen. Das MEDAS-Gutachten ist demnach voll beweiskräftig, so dass darauf abgestellt werden kann. Massgebend sind somit einzig die darin gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, d.h. das chronische lumbovertebrale bzw. lumbospondylogene Schmerzsyndrom (AB 51.1/36).

In psychischer Hinsicht wird von den MEDAS-Gutachtern das Vorhandensein bzw. die Eigenständigkeit (vgl. E. 2.4 hiavor) der vom psychiatrischen Dienst D._____ diagnostizierten depressiven Erkrankung (rezidivierende depressive Störung, leichten bis mittelgradigen Ausmasses [ICD-10: F33.1; vgl. AB 29, 56/4]) mit überzeugender Begründung verneint (vgl. AB 51.1/39, 61/2 f., 63/2). Schlüssig sind insbesondere die Hinweise auf die eigenen Feststellungen der Gutachter anlässlich der Abklärungen (vgl. AB 61/2), die leichte diagnostische Verschiebung und Gewichtung des gleichen Sachverhaltes (vgl. AB 61/3) und die dominierende psychosoziale

Problematik (vgl. AB 51.1/39; vgl. im Einzelnen E. 3.2 und 3.4 hiavor). Ausserdem ist zu berücksichtigen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Ein solcher Fall liegt hier jedoch nicht vor. Insgesamt haben die MEDAS-Gutachter schlüssig und überzeugend dargelegt, dass die depressiven Symptome eine Begleitscheinung der somatoformen Schmerzstörung sowie eine Reaktion auf die schwierige soziale Situation der Beschwerdeführerin darstellen und demnach keine eigenständige depressive Erkrankung gegeben ist. Somit liegt mit der rezidivierenden depressiven Störung, leichten bis mittelgradigen Ausmasses, auch keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor, welche im Zusammenhang mit der somatoformen Schmerzstörung zur Unzumutbarkeit der Leidensüberwindung führen würde (vgl. E. 2.3 hiavor und sogleich). Gleiches gilt für die histrionisch akzentuierten Persönlichkeitszüge, wurden diese doch von den MEDAS-Gutachtern lediglich als leichte psychische Komorbidität eingestuft (vgl. AB 51.1/34).

Was die somatoforme Schmerzstörung betrifft, ist vorab festzuhalten, dass die MEDAS-Gutachter derselben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen haben (vgl. AB 51.1/36), so dass diesem Gesundheitsschaden von vornherein kein invalidisierender Charakter zukommen kann. Sodann sind im Zusammenhang mit der Überwindbarkeitspraxis die weiteren neben der psychischen Komorbidität allenfalls massgebenden Kriterien (vgl. E. 2.3 hiavor) ohnehin nicht in genügender Anzahl und im geforderten Ausmass erfüllt. Das Kriterium der chronischen körperlichen Begleiterkrankungen ist angesichts des chronischen lumbovertebralen/lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit sensomotorischem radikulärem

Ausfallsyndrom L5 links zu bejahen, mit Blick auf die lediglich 20 %-ige Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Gleiches gilt mit Bezug auf das Kriterium eines mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist mit den MEDAS-Gutachtern zu verneinen (vgl. AB 51.1/34), pflegt die Beschwerdeführerin doch Kontakte zu ihren Geschwistern und zu ihrer Mutter (vgl. AB 51.1/32). Zum Kriterium eines verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlaufs einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit") hielten die MEDAS-Gutachter fest (AB 51.1/34), dass ein solcher wahrscheinlich nicht vorliege, hingegen ganz offensichtliche Gründe eines Scheiterns eines Lebensplanes aufgrund schlechter sozialer Voraussetzungen, um diesen auch umsetzen zu können. Folglich ist diese Kriterium zu verneinen. Bezüglich des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person ist festzuhalten, dass in somatischer Hinsicht noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind, empfehlen die MEDAS-Gutachter doch insbesondere dringend eine Gewichtsreduktion, ein medizinisches Aktivierungsprogramm mit Dehnung und Kräftigung der Muskulatur, was sich gemäss den Gutachtern auf den Bewegungsapparat, insbesondere den Rücken, wie auch auf das Schlafapnoesyndrom positiv auswirken würde (AB 51.1/39). In psychischer Hinsicht haben die Gutachter festgehalten (AB 51.1/34 f.), die Beschwerdeführerin stehe seit 2011 in psychiatrischer Betreuung, ohne dass offenbar eine wesentliche Veränderung dadurch eingetreten wäre. Bei der einfachen Strukturiertheit der Beschwerdeführerin dürfte eine vertiefte Psychotherapie auch schwierig sein. Eine psychiatrische Betreuung sei aber indiziert. Aufgrund des nach wie vor bestehenden Therapiepotenzials ist das Kriterium der gescheiterten Behandlung nicht erfüllt. Damit liegen die entsprechenden Kriterien weder gehäuft noch derart ausgeprägt vor, dass von der Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung auszugehen wäre (vgl. E. 2.3 hier vor).

4.2 Damit ist in medizinischer Hinsicht gestützt auf das voll beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 20. Februar 2014 (AB 51.1) einzig von einer somatisch begründeten Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen. Das in diesem Gutachten formulierte Zumutbarkeitsprofil mit einer 50 %-igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen, insbesondere aber einer 80 %-igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit (AB 51.1/38 f.) ist nicht zu beanstanden. Hinsichtlich der Verwertbarkeit dieser Erwerbsfähigkeit ist darauf hinzuweisen, dass Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen keinen Rentenanspruch zu begründen vermag. Die Invalidenversicherung hat nicht dafür einzustehen, dass Versicherte infolge ihres Alters, wegen mangelnder Ausbildung oder Verständigungsschwierigkeiten keine entsprechende Arbeit finden; die hieraus sich ergebende "Arbeitsunfähigkeit" ist nicht invaliditätsbedingt (BGE 107 V 17 E. 2c S. 21; AHI 1999 S. 238 E. 1). Auch hier ist die durch den Mangel an schulischen Kenntnissen und die fehlende Ausbildung der Beschwerdeführerin resultierende erschwerte Vermittelbarkeit invaliditätsfremd und im Übrigen für die in Frage kommenden Hilfstätigkeiten nicht entscheidend. Somit ist nachfolgend mittels Einkommensvergleich der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

5.

5.1 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

5.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde

tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

5.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist

(BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

5.4 Der Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des hypothetischen Beginns des Rentenanspruchs hin vorzunehmen (BGE 129 V 222). Die Beschwerdeführerin ist seit Oktober 2011 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (AB 9/3) und sie hat sich am 11. Januar 2012 bei der Invalidenversicherung angemeldet (AB 2), so dass vorliegend der Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.5 hiervor) auf den 1. Oktober 2012 fällt.

5.4.1 Für die Bestimmung des Valideneinkommens kann nicht auf das bei der letzten Arbeitgeberin, der F. _____ AG, als ... erzielte Einkommen abgestellt werden, da die Beschwerdeführerin dort nur in einem kleinen Teilzeitpensum von 4.75 Stunden pro Woche tätig war (AB 7/3) und nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden kann, dass ihr dort eine Vollzeitstelle zur Verfügung gestanden hätte. Folglich ist auf die Tabellenlöhne abzustellen (vgl. E. 5.2 hiervor). Auszugehen ist von den LSE 2010, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Frauen, Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen, im Betrag von monatlich Fr. 3'566.--, jährlich Fr. 42'792.--. Indexiert auf das Jahr 2012 (Tabelle T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen 2011 – 2013, Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen, Index Jahr 2010: 100 Punkte, Index Jahr 2012: 101.8 Punkte) resultiert ein Betrag von Fr. 43'562.--; angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 42.1 Stunden im betreffenden Bereich im Jahr 2012 ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 45'849.-- (Fr. 43'562.-- : 40 h x 42.1 h).

5.4.2 Da die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue ihr zumutbare Tätigkeit aufgenommen hat, ist auch das Invalideneinkommen gestützt auf statistische Daten zu ermitteln (vgl. E. 5.3 hiervor). Auch hier ist von der LSE 2010, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Frauen, jedoch vom Abschnitt „Total“ im Betrag von monatlich Fr. 4'225.--, jährlich Fr. 50'700.-- auszugehen; indexiert auf das Jahr 2012 (Tabelle T1.2.10 Nominallohnindex, Frauen 2011 – 2013, „Total“, Index Jahr 2010: 100 Punkte, Index Jahr 2012: 102 Punkte) resultiert ein Betrag von Fr. 51'714.--, was angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Abschnitt „Total“ im Jahr 2012 Fr. 53'912.-- ergibt

(Fr. 51'714.-- : 40 h x 41.7 h). Unter Berücksichtigung der 20 %-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (AB 51.1/39) und des von der Beschwerdegegnerin gewährten und nicht zu beanstandenden leidensbedingten Abzuges (vgl. E. 5.3 hiervor) von 10 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 38'817.-- ($[\text{Fr. } 53'912.-- \times 0.8] \times 0.9$).

5.5 Die Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen ergibt einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 15 % ($100 : \text{Fr. } 45'849.-- \times [\text{Fr. } 45'849.-- - \text{Fr. } 38'817.--] = 15.34 \%$; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123). Die angefochtene Verfügung vom 31. Oktober 2014 ist demnach im Ergebnis nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

6.

6.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Pflicht zur Zahlung der Verfahrenskosten befreit.

6.2 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.