

200 15 328 IV
LOU/PES/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Oktober 2016

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. März 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1953 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Januar 2011 bei der Invalidenversicherung zum Bezug von Leistungen an. Als gesundheitliche Beeinträchtigung nannte sie ein Burnout (Antwortbeilage [AB] 6). Im Januar 2012 teilte sie der IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) mit, dass sie am 16. Februar 2011 auf einem Fussgängerstreifen angefahren worden sei (AB 28). Die IV-Stelle holte in der Folge bei den behandelnden Ärzten medizinische Berichte (AB 38, 43, 49, 53, 58 – 60) sowie bei der B. _____ ein in deren Auftrag erstelltes Gutachten (inkl. Teilgutachten) der C. _____ (MEDAS) vom 25. Januar 2013 (AB 66.2) ein. Gestützt auf diese Abklärungen stellte sie der Versicherten hiernach mit Vorbescheid vom 7. Oktober 2013 die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 70).

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch D. _____, am 6. November 2013 vorsorglich Einwand (AB 77), welchen sie mit Arztzeugnis ihrer neuen Hausärztin Dr. med. E. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 5. November 2013 (AB 79 S. 2 f.) begründen liess. Am 9. Dezember 2013 ging der IV-Stelle zudem ein ergänzender Bericht von med. pract. F. _____ (AB 81 S. 2 f.) und am 25. April 2014 ein Bericht der Klinik G. _____ vom 14. April 2014 (AB 82) zu.

Die IV-Stelle unterbreitete das Dossier in der Folge ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme. Dieser kam zum Schluss, dass es für eine versicherungsmedizinische Beurteilung der Frage, inwieweit das somatische Zumutbarkeitsprofil gemäss MEDAS auch aus psychiatrischer Sicht zumutbar sei, einer psychiatrischen Begutachtung bedürfe (vgl. AB 83). Das hierauf von der IV-Stelle bei Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Auftrag gegebene Gutachten datiert vom 15. Januar 2015 (AB 88.1). Am 23. Januar 2015 erhielt die IV-Stelle zudem einen Verlaufsbericht der Klinik G. _____ vom 20. Januar

2015 bezüglich der Behandlung der Versicherten in deren Schmerzambulanz (AB 89).

Mit neuem Vorbescheid vom 10. Februar 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten erneut die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht. Insgesamt sei aufgrund der schlüssigen und beweiskräftigen medizinischen Aktenlage ein invalidisierender Gesundheitsschaden zu verneinen (AB 91). Trotz hiergegen erhobenen Einwands (AB 96, 98) hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. März 2015 an dieser Beurteilung fest und wies das Leistungsbegehren der Versicherten ab (AB 100).

B.

Mit Schreiben vom 8. April 2015 erklärte sich die Versicherte gegenüber der IV-Stelle mit dieser Entscheidung nicht einverstanden und beantragte die Einholung weiterer Arztberichte (AB 102). Die IV-Stelle überwies das Schreiben in der Folge zur Behandlung als Beschwerde ans Verwaltungsgericht des Kantons Bern (AB 104).

Mit Eingabe ans Gericht vom 7. Mai 2015 stellte die Versicherte ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege. Der Instruktionsrichter verzichtete in der Folge auf das Erheben eines Kostenvorschusses und holte eine Beschwerdeantwort ein. Darin beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 19. Mai 2016 erhielten die Parteien auch mit Blick auf die Praxisänderung des Bundesgerichts mit BGE 141 V 281 Gelegenheit, bis am 20. Juni 2016 Schlussbemerkungen einzureichen.

Im Rahmen ihrer Schlussbemerkungen hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest, während sich die Beschwerdeführerin nicht vernehmen liess.

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. März 2015 (AB 100). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

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 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

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).

2.3 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat

die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.4 Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307).

2.5 Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

2.6 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabebereich 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). 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. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.7 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).

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

einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gutachtensgutachten 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).

3.

3.1 Gemäss interdisziplinärem Gutachten der MEDAS vom 25. Januar 2013 kam es anlässlich des PKW-Anpralltraumas vom 16. Februar 2011 bei der Beschwerdeführerin zu einem Sturz mit Schädelkontusion, Kontusion der Wirbelsäule und des Rumpfes und mit Wahrscheinlichkeit auch zu einer Distorsion der HWS. Darüber hinaus sei es zu einer Kontusion und einer fraglichen Distorsion der linken Schulter und des linken Kniegelenks gekommen. Eine tiefgreifende pathomorphologische Traumatisierung von Strukturen sei glücklicherweise nicht eingetreten (AB 66.2 S. 12 f.). Die schulterpathologischen Befunde links (Rotatorenmanschettenruptur einbezüglich einer transmuralen Ruptur der ventralen Supraspinatussehne sowie des kranialen Anteils der Subscapularissehne und Luxation der Bizepssehne aus dem Sulcus sowie eine beginnende Omarthrose; AB 66.2 S. 15) gründeten auf altersassoziierten und somit schicksalsmässigen Vorschädigungen. Diese seien arthroskopisch respektive schulterchirurgisch saniert und die Beschwerden im Rahmen der nachfolgenden Rehabehandlung als weitestgehend regredient beschrieben worden (vgl. AB 66.2 S. 15 f.). In somatischer Hinsicht seien neben der Schultergelenkpathologie eine segmentale cervicale Degeneration C5/6 ohne wesentliche klinische Relevanz, eine mediale Meniskusruptur des linken Kniegelenks ohne wesentliche funktionsrelevante Symptomatik sowie eine mittelkalibrige Varicosis beider Ober- und Unterschenkel bei einem Status nach Varizenoperation beider Beine im Lebensalter von 38 Jahren zu diagnostizieren (AB 66.2 S. 15). Wegen der Schultergelenkpathologie beidseits könnten anhaltende körper-

liche Tätigkeiten mit Positionierung der Arme in Überschulterhöhe Schulterbeschwerden auslösen. Anhaltende Inklinationspositionen und auch anhaltende repetitive Bewegungen der HWS könnten zudem Nackenbeschwerden verursachen. Aufgrund der linksseitigen Kniegelenkspathologie seien zudem kniende, hockende oder kauernde Tätigkeiten für die Beschwerdeführerin ungeeignet, wobei derartige Belastungen in einer Tätigkeit als ... auch nicht üblich seien. Die Tätigkeit als ... werde überwiegend stehend ausgeübt, was bei der vorliegenden chronisch-venösen Insuffizienz (Status nach Varizenoperation und persistierende mittelkalibrige Varicosis beidseits) die präventive Empfehlung des konsequenten Tragens von Kompressionsstrümpfen nach sich ziehe (AB 66.2 S. 21). Die neurologische Untersuchung habe einen vollkommen normalen neurologischen Status ergeben. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen hätten von neurologischer Seite her nicht zugeordnet werden können. Aufgrund des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin kaum noch eine entsprechende Medikation brauche, sei gemäss Neurologin zudem von einem Rückgang des Schmerzzustandes auszugehen. Eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich von neurologischer Seite her nicht begründen (vgl. AB 66.2 S. 29 f.). Aus interdisziplinärer somatischer Sicht sei der Beschwerdeführerin ein Vollzeitpensum prinzipiell möglich. Dabei sei das Arbeitstempo und damit die Leistungsfähigkeit beschwerdebedingt um schätzungsweise 20% gemindert. Es resultiere somit eine globale Arbeitsfähigkeit von 80%. Dabei sollte die Beschwerdeführerin gemäss den Gutachtern nicht nur Stehen müssen, sondern als ... gelegentlich auch z.B. auf einem neben dem Kundensitz höhengerecht positionierten Arbeitsstuhl (Barhocker) Absitzen können. Die Arme sollte sie nicht langfristig bzw. ausschliesslich in Überschulterhöhe positionieren müssen und ihre Schultergelenke gelegentlich aktiv durchbewegen, um die Schmerzen zu mindern. Anhaltende Inklinationspositionen und anhaltende repetitive Bewegungen der HWS und des Nackens seien zu vermeiden. Zwischen der Bedienung der einzelnen Kunden sollte die Beschwerdeführerin gemäss den Gutachtern aktive Bewegungsübungen für die HWS und für beide Schultern durchführen und angesichts der chronisch-venösen Insuffizienz bei überwiegend stehendem Arbeiten präventiv auf das konsequente Tragen von Kompressionsstrümpfen achten. Bei Beachtung dieser Vorgaben sei ihr eine Arbeitstätigkeit als ... zu 8.5

Stunden arbeitstäglich an fünf Arbeitstagen pro Woche mit einer Leistungsminderung von 20% zumutbar (AB 66.2 S. 21 f.).

3.2 Die psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. I. _____ vom 11. Dezember 2014 ergab bei der Beschwerdeführerin vergleichsweise diskrete, aber deutlich auf ein depressives Geschehen hinweisende psychopathologische Befunde (vgl. AB 88.1 S. 8). Vor Eintreten des Unfallereignisses vom 16. Februar 2011 könne die psychopathologische Symptomatik gemäss Gutachterin rückblickend als rezidivierende depressive Verstimmung mit Tendenz zur paranoiden Entgleisung umschrieben werden. Mit Eintreten des Unfalls habe das Kompensationssystem der Beschwerdeführerin zunehmend versagt und ihre Strategie der forcierten Autonomie sei durch „bremsende Schmerzen“ ausgehebelt worden. Hier liege der primäre Krankheitsgewinn der psychosomatischen Schmerzwahrnehmung, indem die Beschwerdeführerin quasi „von aussen“ daran gehindert werde, den Schein zu wahren. Damit einhergehend habe sie das Gefühl entwickelt, im Stich gelassen zu werden, keine Unterstützung zu erfahren, obschon doch ihrer Meinung nach „endlich“ ein Anspruch auf Versorgung, Unterstützung etc. anerkannt werden müsste. Diagnostisch habe sich nach dem Unfallereignis vom 16. Februar 2011 aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit klarem psychodynamischem Hintergrund entwickelt. Zudem bestehe eine leichte depressive Symptomatik mit klarer affektiver Beeintrachtung, jedoch ohne objektivierbare kognitiv-intellektuelle Einbussen und ohne Beeintrachtung der Psychomotorik. Es sei jedoch anzumerken, dass die Beschwerdeführerin eine enorme Dissimulationstendenz aufweise und für die Untersuchung ihre ganzen Kräfte und Stressachsen mobilisiert haben dürfte, um bestehen zu können. Es sei klar, dass sie, sobald der massive Druck von aussen nachlasse, deutlich gravierendere psychopathologische Befunde zeigen würde bzw. werde. Das Kaschieren des psychischen Leidens bzw. der psychopathologischen Befunde sei für die beschriebene Konfliktsituation typisch und schlage sich im vorliegenden medizinischen Dossier ebenfalls nieder, indem sämtliche somatisch tätigen Kolleginnen und Kollegen psychische Befunde gänzlich skotomisiert (verneint) hätten und sich der psychiatrische Kollege – zu Recht – schwer getan habe, eine gravierende, schwere Diagnose zu stellen und stattdessen – objektiv nachvollziehbar

und fachlich korrekt – von einer Anpassungsstörung spreche (AB 88.1 S. 9). Zusammenfassend vertrete sie die Ansicht, dass die Beschwerdeführerin deutlich kränker sei, als diese selbst und das Dossier zu belegen bzw. darzustellen wüssten. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht könne primär davon ausgegangen werden, dass die somatoforme Schmerzstörung sinngemäss der Somatisierung der Überforderung und Erschöpfung entspreche und in diesem Sinne einer depressiv-regressiven Reaktion gleichkomme. Die „Wahl der Symptomatik“ im somatischen Wahrnehmungsbereich habe für die Beschwerdeführerin den Vorteil, sich die Illusion der psychisch-geistigen Unversehrtheit aufrechterhalten zu können. Fakt sei, dass auch dieses Kompensationsmodell zunehmend in Schräglage gerate, indem die Beschwerdeführerin durchaus psychische und objektivierbare Befunde depressiver Prägung aufweise. Die Dekompensation in Richtung Psychopathologie im Sinne einer klinisch relevanten depressiven Symptomatik sei im Gange und werde ihren Fortgang nehmen, wenn der Circulus vitiosus nicht unterbrochen werden könne. In diesem Sinne teile sie die Ansicht der behandelnden Ärzte, dass hinsichtlich einer vollständigen und dauerhaften Invalidität „Gefahr im Verzug“ sei. Es erscheine unsinnig, auf das Eintreten einer schweren depressiven Symptomatik zu warten und die Versicherte diesem Schicksal quasi auszuliefern. Aufgrund der Gesamtkonstellation von somatisierten, depressiven Anteilen, beginnender klinisch relevanter Depression und geschilderter Lebensführungsstrategie bei zunehmend schwindenden Ressourcen (sozialer, finanzieller, psychischer Flexibilität) könne abgeleitet werden, dass eine Zumutbarkeit für eine Fortführung einer die körperlichen Fähigkeiten überstrapazierenden Belastung (das heisse, mehr als 30%) nicht gegeben sei bzw. von der Beschwerdeführerin – ihren aktuellen psychopathologischen Befund und Zustand berücksichtigend – nicht wieder werde erbracht werden können. Eine Trendumkehr sei nicht abzusehen. Es könne psychiatrisch-prognostisch davon ausgegangen werden, dass die Leistungsminderung in den kommenden Jahren zu- bzw. die Restarbeitsfähigkeit abnehmen werde (AB 88.1 S. 10). Es liege bei der Beschwerdeführerin ein sich verselbständigendes Schmerzerleben und zusätzlich eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik vor. Die therapeutischen Möglichkeiten seien weitgehend ausgeschöpft. Eventuell lohne sich ein Behandlungsversuch mit schmerzmodulierenden Medika-

menten vom Typ Amitriptylin. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei aber auch davon nicht zu erwarten (AB 88.1 S. 11).

4.

4.1 In somatischer Hinsicht erfüllt das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 25. Januar 2013 (AB 66.2) sämtliche der unter Erwägung 2.8 hiervor genannten, von der Rechtsprechung an medizinische Expertisen gestellten Anforderungen. Es beruht auf allseitigen somatischen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der somatischen Situation einleuchtend und die getätigten Schlussfolgerungen sind begründet. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen würden, sind keine ersichtlich und werden denn auch nicht geltend gemacht. Dass die behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin in ihrem gemeinsamen Bericht vom 14. April 2014 (AB 82) – wie davor schon einzeln – eine deutlich höhere Arbeitsunfähigkeit attestieren, als die Gutachter der MEDAS, vermag deren Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen, zumal die behandelnden Ärzte darin keine Aspekte zu benennen vermögen, die von den Gutachtern unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Für eine höhere Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen, als von den Gutachtern der MEDAS attestiert, findet sich in keinem der Berichte der behandelnden Ärzte eine nachvollziehbare Begründung. Auch unter Berücksichtigung der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3 sowie Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4), sind deren Berichte damit vorliegend nicht geeignet, das Gutachten der MEDAS in somatischer Hinsicht in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen. Dem Gutachten der MEDAS vom 25. Januar 2013 kommt in somatischer Hinsicht volle Beweiskraft zu. Da von weitergehenden Abklärungen in dieser Hinsicht keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten sind, ist auf solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Damit ist nach dem

Dargelegten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin aus somatischen Gründen zu 20% (und nicht, wie die behandelnden Ärzte postulieren, zu 70%) in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (vgl. E. 3.1 hiervor).

4.2 In psychiatrischer Hinsicht wurden bei der Beschwerdeführerin von Dr. med. I. _____ in ihrem Gutachten vom 15. Januar 2015 (AB 88.1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, derzeit leicht bis mittelgradig ausgeprägt (ICD-10: F33.1), diagnostiziert. Bis zu diesem Zeitpunkt lautete die psychiatrische Diagnose Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2; AB 59) respektive reaktive Depression (AB 79 S. 2; siehe auch AB 81 S. 3). Die begutachtende Psychiaterin legt in ihrem Gutachten vom 15. Januar 2015 schlüssig dar, wie sich nach dem Unfallereignis vom 16. Februar 2011 bei der Beschwerdeführerin diagnostisch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit klarem psychodynamischem Hintergrund entwickelt hat (AB 88.1 S. 9). Gestützt auf die medizinischen Akten sind bei der Beschwerdeführerin die klassifikatorischen Merkmale einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgewiesen. Die Diagnose hält auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 stand. Bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Lichte der neuen Rechtspraxis gemäss BGE 141 V 281 zu beurteilen (vgl. E. 2.3 hiervor). Dabei ist zunächst zu prüfen, ob das psychiatrische Gutachten von Dr. med. I. _____ zusammen mit den übrigen medizinischen Akten im Lichte der gemäss geltender Rechtspraxis massgeblichen Indikatoren eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erlaubt oder nicht (vgl. E. 2.5 hiervor). Dies ist vorliegend zu bejahen. Gemäss Gutachten leidet die Beschwerdeführerin bei einem vergleichsweise diskreten, aber deutlich auf ein depressives Geschehen hinweisenden psychopathologischen Befund seit Februar 2011 an einer psychosomatischen Schmerzwahrnehmung (AB 88.1 S. 8 f.). Auch wenn die Beschwerdeführerin gemäss Verlaufsbericht der Klinik G. _____ vom 20. Januar 2015 (AB 89) dank der durchgeführten Therapien und Übungen eine Verbesserung der Schmerzproblematik erlebt hat – wobei auch der im damaligen Zeitpunkt in Aussicht gestandene Wohnswechsel mit neuen Lebensperspektiven in einem Wohnprojekt in ...

zu einer Verbesserung der Situation beigetragen haben dürfte –, ist im Falle der Beschwerdeführerin von einem chronifizierten Schmerzerleben auszugehen, zumal auch im betreffenden Verlaufsbericht weiterhin hartnäckig bestehende Schmerzen konstatiert werden (AB 89 S. 1). Die Behandlungsintensität mit sozialpsychiatrischen Konsultationen nach Bedarf und bloss geringfügiger Schmerzmedikation – obwohl die Beschwerdeführerin gemäss Akten auf beides anspricht (vgl. AB 88.1 S. 5 f. sowie AB 81 S. 3, AB 82 S. 3 und AB 89) – lässt demgegenüber auch unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich regelmässig in Anspruch genommenen Craniosakraltherapie, der Massagen und der gelegentlichen Wassergymnastik (vgl. AB 89 S. 1) nicht auf einen massiven Leidensdruck seitens der diagnostizierten Gesundheitsschädigung schliessen. Dass die psychiatrische Gutachterin die therapeutischen Möglichkeiten insofern als weitgehend ausgeschöpft erachtet, als sie sich von ihnen keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit verspricht, ändert daran nichts. Gemäss Gutachterin entspricht die somatoforme Schmerzstörung bei der Beschwerdeführerin sinngemäss der Somatisierung ihrer Überforderung und Erschöpfung, die die Gutachterin – gleich wie die behandelnden Ärzte – zumindest zu einem wesentlichen Teil auf die starke psychosoziale Belastung mit familiären Problemen seit vielen Jahren, zwei psychiatrisch erkrankten Söhnen und mittlerweile auch finanziellen Problemen zurückführt. Dies komme einer depressiv-regressiven Reaktion gleich (vgl. AB 88.1 S. 10 sowie AB 59, 81, 82 S. 2, 89 S. 2). Die Dekompensation in Richtung einer klinisch relevanten depressiven Symptomatik werde ihren Fortgang nehmen, wenn der Circulus vitiosus nicht unterbrochen werden könne (AB 88.1 S. 10). Auch wenn aufgrund des in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells nachvollziehbar ist, dass ohne Wegfall zumindest eines Teils der psychosozialen Belastungsfaktoren keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu erwarten ist, sind die durch die enorme psychosoziale Belastungssituation verursachten Funktionseinschränkungen für die Invaliditätsbemessung unbeachtlich (vgl. E. 2.2 Absatz 2 hiervor) und von der Gutachterin in ihrer versicherungsmedizinischen Zumutbarkeitsbeurteilung somit zu Unrecht berücksichtigt worden. Daran ändert die festgestellte enorme Dissimulationstendenz der Beschwerdeführerin nichts (vgl. AB 88.1 S. 9). Auch wenn die Symptomatologie stärker sein dürfte, als von der Beschwerdeführerin gezeigt, ist sie unstrittig zumindest zu einem grossen Teil

durch die psychosozialen Belastungsfaktoren verursacht und damit unbeachtlich. Unabhängig davon sind leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis regelmässig nicht invalidisierend (SVR 2016 IV Nr. 30 S. 93 E. 4.1.3.1), was auch hier gilt. Die festgestellte depressive Symptomatik stellt vorliegend somit keine relevante Komorbidität dar und auch die körperlichen Begleiterkrankungen sind zu gering, um die Ressourcen der Beschwerdeführerin über das somatisch anerkannte Ausmass von 20% hinaus zu mindern (vgl. E. 3.1 und 4.1 hiervor). Der Komplex der Persönlichkeit spricht vorliegend ebenfalls nicht für eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Bei der Beschwerdeführerin liegen weder Ich-Störungen vor noch fanden sich anlässlich der Begutachtung Hinweise für anderweitige Persönlichkeitsstörungen (siehe AB 88.1 S. 8). Auch die Arbeitsanamnese mit zumindest teilzeitlicher Weiterführung ihres Geschäfts als ... trotz der enormen psychosozialen Belastungsfaktoren lässt in psychischer Hinsicht auf nicht unerhebliche Ressourcen schliessen (vgl. AB 88.1 S. 6). Dass die anhaltende psychosoziale Belastungssituation die Beschwerdeführerin trotzdem an ihre Grenzen führt, hat als invaliditätsfremder, nicht versicherter Faktor ausser Acht zu bleiben. Der gesamte Beschwerdekomples hat angesichts der Arbeitsanamnese jedenfalls zu keiner die Ressourcen weiter einschränkenden sozialen Isolation geführt. Mit Blick auf die massgebenden Indikatoren sind vorliegend funktionelle Auswirkungen der psychiatrischen Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Die geklagten Einschränkungen sind nach dem Dargelegten – soweit somatisch nicht erklärbar (vgl. E. 3.1 hiervor) – vielmehr Folge der enormen, iv-rechtlich aber nicht relevanten psychosozialen Belastungssituation der Beschwerdeführerin, wobei mit Blick auf die Beschwerde vom 8. April 2015 explizit festzuhalten ist, dass ihr von keiner Seite her eine Aggravation oder Simulation dieser psychosozial bedingten Einschränkungen unterstellt wird.

4.3 Zusammenfassend ist vorliegend von dem von den Gutachtern der MEDAS in ihrem Gutachten vom 25. Januar 2013 (AB 66.2) formulierten Zumutbarkeitsprofil und damit von einer globalen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als ... von 80% auszugehen (vgl. E. 3.1 und 4.1 hiervor). Die in der Folge resultierende Erwerbsun-

fähigkeit von 20% begründet keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.6 hiervor). Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. März 2015 (AB 100) ist damit im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde somit abzuweisen.

5.

5.1 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 sind vorliegend auf Fr. 700.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

5.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege.

5.3.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 111 Abs. 1 VRPG).

5.3.2 Aufgrund des zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege eingereichten Sozialhilfebudgets (Beschwerdebeilage [BB] 2) ist die Prozessbedürftigkeit der Beschwerdeführerin erstellt. Das vorliegende Beschwerdeverfahren war auch nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen. Damit sind die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege erfüllt. Das Gesuch ist somit gutzuheissen. Die Beschwerdeführerin ist folglich – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008

(Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

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.