

200 15 390 IV  
SCP/SHE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. September 2016**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiber Schnyder

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. April 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1968 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 2. Juli 2013 mit Hinweis auf ein seit dem 21. Juni 2012 bestehendes psychosomatisches Syndrom bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 6). Diese tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere gestützt auf den Untersuchungsbericht von Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 8. Januar 2015 (AB 54) stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 20. Januar 2015 (AB 56) die Ablehnung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nachdem hiergegen Einwände erhoben worden waren (AB 57, 62), holte die IVB bei Dr. med. B. \_\_\_\_\_ eine Stellungnahme vom 2. April 2015 (AB 64) ein. Gestützt hierauf entschied sie mit Verfügung vom 8. April 2015 (AB 65) wie im Vorbescheid angekündigt.

### **B.**

Mit Eingabe vom 1. Mai 2015 erhob die Versicherte hiergegen Beschwerde. Indem sie einzig geltend macht, sie sei aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht mehr fähig, irgendwo zu arbeiten, da sie einerseits das Vertrauen in die Menschen verloren habe und andererseits die Schmerzen sie behindere, stellt sie sinngemäss den Antrag auf Zusprechung einer Invalidenrente.

Am 27. Juni 2015 stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 29. Juli 2015 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. Juni 2016 wies der Instruktionsrichter die Beschwerdegegnerin an, die Beschwerdeantwort im Lichte von BGE

141 V 281 bis zum 1. Juli 2016 zu ergänzen. Dieser Aufforderung kam diese am 30. Juni 2016 nach.

Der Beschwerdegegnerin wurde mit prozessleitender Verfügung vom 4. Juli 2016 die Möglichkeit eingeräumt, bis zum 29. Juli 2016 eine Replik einzureichen. Hiervon machte sie keinen Gebrauch, woraufhin der Instruktionsrichter das Beweisverfahren schloss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 3. August 2016).

### **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 8. April 2015 (AB 65). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch 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). 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). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

**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 ausgegli-

chenen 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** 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** 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.

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

### **3.**

**3.1** Was den Gesundheitszustand betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Wie dem Bericht der rheumatologischen Abteilung des Spitals L. \_\_\_\_\_ vom 17. Juni 2002 (AB 44/9) zu entnehmen ist, fände sich aus rheumatologischer Sicht keine Erklärung für die Myalgien der Beine (S. 10).

**3.1.2** Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Angiologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, beurteilte im Bericht vom 24. Juli 2002 (AB 44/7) die von der Versicherten geklagten Dauerschmerzen im Becken- und Oberschenkelbereich als kaum venöser Genese. Die duplexsonographische Abklärung der linken Tibialvenen habe einen Normalbefund ergeben (S. 8).

**3.1.3** Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 1. November 2002 (AB 44/4) unklare Beinschmerzen, eher nicht neurogen (S. 4). Die Versicherte leide seit über einem Jahr an ätiolo-

gisch unklaren linksbetonten Beinschmerzen vorwiegend im Oberschenkelbereich (S. 5).

**3.1.4** Der behandelnde Hausarzt med. pract. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 19. Mai 2013 (AB 26.20/3) eine Depression (S. 3 Ziff. 1). Der aktuelle Gesundheitszustand sei schlecht, sowohl psychisch als auch physisch (Ziff. 2). Aus psychischen Gründen sei ein Arbeiten am bisherigen Arbeitsplatz nicht möglich. Es bestehe zudem eine psychosoziale Belastungssituation und unerträglicher Druck von Seiten der Vorgesetzten und Mitarbeitenden (Ziff. 4). Seit dem 21. April 2012 sei die Versicherte zu 100% arbeitsunfähig (Ziff. 5)

**3.1.5** Die Versicherte befand sich vom 10. Juli bis 21. Dezember 2012 im M. \_\_\_\_\_ in integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. In deren Bericht vom 31. Juli 2013 (AB 17/2) diagnostizierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Reaktionen auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit psychotischen Symptomen, wie Verarmungswahn, mit ängstlich-vermeidenden und zwanghaften Persönlichkeitszügen nach schwierigen Lebensereignissen sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; S. 2). Die Versicherte sei während des ganzen Behandlungszeitraums aus ärztlich-psychiatrischer Sicht zu 100% arbeitsunfähig gewesen (S. 4).

**3.1.6** Im von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Auftrag der Taggeldversicherung, der H. \_\_\_\_\_, erstellten Gutachten vom 17. September 2013 (AB 26.18/10) diagnostizierte dieser eine schizotype Störung (ICD-10 F21) sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1; S. 18 Ziff. 4).

Am 23. Dezember 2013 (AB 27/2) beantwortete er die von der H. \_\_\_\_\_ gestellten Ergänzungsfragen (AB 26.1/3). Es bestehe bei der Versicherten eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit für ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit (S. 3 Ziff. 8a). Der Grad der Beeinträchtigung, der alle Lebensbereiche inkl. Arbeitsstelle betreffe, lasse sich nicht spezifisch für die letzte Tätigkeit als Mitarbeiterin ... detailliert abschätzen. Diese Beurteilung sollte anhand einer praktischen Arbeitsplatzbeurteilung erfolgen, welche für die Versi-

cherte zumutbar sei. Es sei nicht primär die Somatisierungsstörung sondern die Schizotypie, welche die Leistungsminderung seit längerem bedinge. Da die Stärke der Symptomausprägung variieren könne, sei der Grad der Beeinträchtigung auch nicht immer gleich und lasse sich nicht einfach aus einem medizinischen Focus aus der Theorie fix festlegen. Die Leistungsbeeinträchtigung lasse sich nur grob einschätzen und betrage für die zuletzt ausgeübte Arbeit 50-70%. Die Somatisierungsstörung als komorbide Erkrankung sei Ausdruck des zusätzlich seit Juni 2012 bestehenden erhöhten Stresserlebens am Arbeitsplatz. Die Schizotypie stelle hierzu einen zusätzlichen Risikofaktor dar (S. 3 Ziff. 8b). In einer angepassten Verweistätigkeit sei mit einer höheren Leistungsfähigkeit zu rechnen, wenn sie ausserhalb sozialer Situation stattfinde. Als mögliche Tätigkeiten unter dem aktuellen Funktionsniveau kämen vor allem solche infrage, welche ohne eine soziale Exposition und damit dem Erleben eines anhaltend erhöhten Stressniveaus auskommen. Allein auszuführende Arbeiten mit klaren, am besten schriftlichen Anweisungen, ohne selbst Entscheidungen treffen zu müssen, seien möglich. Um den subjektiven Stressempfindungen gerecht zu werden, sollten Pausen berücksichtigt werden. Arbeiten unter Zeitdruck resp. Leistungsdruck, Hektik und Präzisionsanforderungen sowie Belastungen unter sozialer Exposition seien nicht zumutbar. Weiterhin denkbare Tätigkeiten seien Archiv- oder Lagerarbeiten. Wiederkehrende, planbare und gut strukturierte Arbeiten kämen dem am ehesten umsetzbaren Anforderungsprofil entgegen. Weiter wären etwa Sekretariatsarbeiten im Homeoffice, Logistiktätigkeiten und gegebenenfalls Kinderbetreuung zumutbar (S. 7 f. Ziff. 9).

**3.1.7** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, der die Versicherte vom 19. September bis 24. Oktober 2014 behandelte, diagnostizierte im Bericht vom 11. Dezember 2014 (AB 48/2) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit September 2014 bestehende Nierenbeckenentzündung rechts (S. 2 Ziff. 1.1).

**3.1.8** RAD-Ärztin Dr. med. B. \_\_\_\_\_ stellte im Untersuchungsbericht vom 8. Januar 2015 (AB 54) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), einen/eine Benzodiazepin-

missbrauch/-abhängigkeit (ICD-10 F13.10/20) sowie Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3; S. 14). Bei der Untersuchung am 9. Dezember 2014 hätten sich keine Symptome einer schizotypen Störung gezeigt. Mögliche Ursachen fänden sich schon im Vorfeld nicht. Nachvollziehbar sei die Diagnose einer Somatisierungsstörung. Die Versicherte biete ein ganzes Spektrum verschiedener Beschwerden wie Kopf-, Bein- und Rückenschmerzen, Probleme rund um den Verdauungstrakt sowie Juckreiz mit Kratzen. Zudem lägen depressive Symptome und Angstsymptome vor, die aber nicht ein Ausmass annehmen würden, dass ein eigenständiges Störungsbild diagnostiziert werden könne. Es habe mehrere somatische Abklärungen gegeben, ohne Erklärung für diese Beschwerden. Die Symptome würden jeweils in Verbindung mit schwierigen Lebenssituationen auftreten (S. 15). Häufig komme es bei Somatisierungsstörungen zu Missbrauch von Tranquilizern und Analgetica, was vorliegend der Fall sei. Seit zwei Jahren nehme die Versicherte mehr oder weniger regelmässig Benzodiazepine ein und habe aller Voraussicht nach eine Abhängigkeit entwickelt. Sie sei in der Lage ihren Haushalt zu bewältigen. Wegen der Somatisierungsstörung sei eine psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung indiziert. Versicherungsmedizinisch könne die Somatisierungsstörung nicht gewertet werden. Zwar daure diese bereits zwei Jahre an und die Versicherte gebe einen sozialen Rückzug an. Es liege aber keine relevante psychiatrische Komorbidität vor, ebenso keine chronische körperliche Erkrankung. Die Versicherte habe sich lediglich ein knappes halbes Jahr psychiatrisch behandeln lassen. Die Kooperationsbereitschaft dafür scheine wenig vorhanden zu sein. Die Behandlung sei in diesem Sinne nicht ausgeschöpft. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (S. 16).

Dr. med. B.\_\_\_\_\_ führte in der RAD-Stellungnahme vom 2. April 2015 (AB 64) aus, die Kriterien einer schizotypen Störung seien weder vor dem Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 17. September 2013 (AB 26.18/10) noch nachher im Rahmen ihrer eigenen Untersuchung erfüllt gewesen. Betreffend der von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ diagnostizierten depressiven Störung (vgl. u.a. AB 26.20/6) seien im Rahmen der RAD-Untersuchung vom 9. Dezember 2014 (AB 54) keine depressiven Sympto-

me mehr erkennbar gewesen. Auch rückblickend könne keine längere depressive Phase angenommen werden (S. 10).

**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). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das

Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

**3.3** In somatischer Hinsicht ist nach der Aktenlage davon auszugehen, dass sich die von der Beschwerdeführerin geklagten körperlichen Schmerzen weder aus rheumatologischer (AB 44/9 S. 10), angiologischer (AB 44/7 S. 8) noch neurologischer Sicht (AB 44/4 S. 5) mit objektiven Befunden nachvollziehen lassen und somit als nicht erklärbar zu gelten haben. Übereinstimmend mit dieser Feststellung gehen sämtliche mit der Beschwerdeführerin befassten Psychiater davon aus, dass die Beschwerdeführerin an einer Somatisierungsstörung leidet (vgl. AB 17/2, AB 26.18/18 und 54/14).

**3.4** Aus psychiatrischer Sicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 8. April 2015 (AB 65) im Wesentlichen auf den RAD-Untersuchungsbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2014 (AB 54) sowie deren ergänzenden Bericht vom 2. April 2015 (AB 64). Danach besteht vorliegend keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, d.h. es besteht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 54/16). Die RAD-Berichte erfüllen die Anforderungen, welche an solche Berichte in beweisrechtlicher Hinsicht zu stellen sind und überzeugen. Die RAD-Psychiaterin berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und begründet ihre versicherungsrechtliche Beurteilung nachvollziehbar gestützt auf die von ihr erhobenen Befunde und ihr zur Verfügung gestandenen Akten. Insbesondere setzt sie sich einlässlich mit den von den behandelnden Ärzten und dem Gutachter der H.\_\_\_\_\_ vorgängig gestellten Diagnosen auseinander. Im Weiteren leuchten die Schlussfolgerungen in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und sind begründet. Den RAD-Berichten kommt daher voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen. Daran ändern - wie nachfolgend ausgeführt - die diesen Schlussfolgerungen widersprechenden ärztlichen Berichte nichts.

Soweit Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Gutachten vom 17. September 2013 (AB 26.18/10) und dessen Ergänzungsbericht vom 23. Dezember 2013 (AB 27/2) eine schizotype Störung (ICD-10 F21) diagnostiziert (AB 26.18/18

Ziff. 4) und zum Schluss kommt, diese bedinge seit längerem primär die Leistungsminderung (AB 27/3 Ziff. 8b), überzeugt dies nicht. Die RAD-Psychiaterin Dr. med. B.\_\_\_\_\_ hat schlüssig dargelegt, dass sich anlässlich ihrer am 9. Dezember 2014 durchgeführten Untersuchung keine Symptome einer schizotypen Störung zeigten und mögliche Ursachen sich schon im Vorfeld nicht fanden (AB 54/15). Gegen die von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ diagnostizierte schizotypische Störung sprechen weiter die Umstände, unter welchen seine Untersuchung vor sich ging. Diese erfolgte nicht in der Muttersprache der Beschwerdeführerin und war von einem theatralischen bizarren Auftreten der Beschwerdeführerin geprägt (vgl. u.a. AB 26.18/15 ff. Ziff. 3), welches weder von der zuvor behandelnden Psychiaterin F.\_\_\_\_\_ (AB 26.20/6 und 17/2) beschrieben wurde noch anlässlich der RAD-Untersuchung beobachtet werden konnte. Überdies weist auch Dr. med. G.\_\_\_\_\_ auf mögliche diagnostische Überschneidungen hin (vgl. u.a. AB 26.18/19) und er leitet seine Beurteilung in Anwendung von zwei verschiedenen Diagnosesystemen her (AB 27/3 Ziff. 8b).

Was die von der erstbehandelnden Psychiaterin Dr. med. F.\_\_\_\_\_ diagnostizierte Anpassungsstörung und die mittelgradige depressive Episode (vgl. u.a. AB 17/2) betrifft, so begründet RAD-Ärztin Dr. med. B.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar, dass sich die beiden Befunde diagnostisch ausschliessen und fünf Tage nach dem letzten Arbeitstag die Diagnose einer Anpassungsstörung zu stellen gewesen sei, welche maximal leichtgradige depressive Symptome beinhalte. So oder anders waren anlässlich der RAD-Untersuchung keine depressiven Symptome mehr erkennbar und auch rückblickend kann - wie dies Dr. med. B.\_\_\_\_\_ aufgrund der diagnostischen Überlegungen überzeugend ausführt - keine längere depressive Phase angenommen werden (AB 64/10).

Was der/die von der RAD-Ärztin diagnostizierte Benzodiazepinmissbrauch/-abhängigkeit betrifft, handelt es sich dabei lediglich um eine Verdachtsdiagnose die rein auf Angaben der Beschwerdeführerin basiert (vgl. AB 64/10 i.V.m AB 54/7). Zudem waren anlässlich der bei der RAD-Untersuchung durchgeführten Blutuntersuchung keinerlei Hinweise auf Benzodiazepine zu finden (vgl. Bericht J.\_\_\_\_\_ vom 6. Januar 2016 [AB 51/2]).

**3.5** Aufgrund des Dargelegten ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin im massgeblichen Beurteilungszeitpunkt einzig noch an einer Somatisierungsstörung litt, was auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten wird. Dabei ist davon auszugehen, dass die im Rahmen des letzten Arbeitsverhältnisses erfolgten Kränkungen zu dieser Somatisierungsstörung geführt haben.

Eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) gehört zu den mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) vergleichbaren psychosomatischen Leiden, auf welche grundsätzlich die in BGE 141 V 281 geänderte und präzisierte Rechtsprechung zum invalidisierenden Charakter pathogenetisch-ätiologisch unklarer syndromaler Beschwerdebilder ohne organisch nachweisbare Grundlage zur Anwendung kommt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. Dezember 2015, 9C\_689/2015, E. 3).

Vorab ist festzuhalten, dass die RAD-Psychiaterin Dr. med. B.\_\_\_\_\_ im Rahmen der Exploration Hinweise auf Aggravation und Verdeutlichung feststellte (vgl. AB 54/13), was gegen ein schweres Krankheitsbild spricht. Auch hielt bereits Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 17. September 2013 (AB 26.18) eine Motivationsreduktion fest, welche einem Arbeitsversuch entgegenstehen dürfte (S. 28). Damit ist nachvollziehbar begründet, dass dieser Störung keine Einschränkung des funktionalen Leistungsvermögens beizumessen ist, womit sich die Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 287 grundsätzlich erübrigt. Wie sich aus dem Nachfolgenden ergibt, vermag die Somatisierungsstörung, selbst wenn die Indikatorenprüfung vorgenommen wird, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht zu beeinträchtigen.

**3.6** In der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ wird zwischen dem Komplex „Gesundheitsschädigung“, „Persönlichkeit“ und „Sozialer Kontext“ unterschieden.

**3.6.1** Aufgrund des Dargelegten (E. 3.4 hiavor) liegt lediglich eine Somatisierungsstörung vor. Die ebenfalls im RAD-Bericht vom 8. Januar 2015 (AB 54) unter den Diagnosen aufgelisteten Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3) sind invaliditätsfremde Gründe und haben daher unberücksichtigt zu bleiben. Dr. med. B.\_\_\_\_\_ holte anläss-

lich der Untersuchung fremdanamnestiche Angaben ein und kontaktierte dazu den behandelnden Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (vgl. AB 54 S. 13 f.). Dieser berichtete, dass die Beschwerdeführerin in ihrem Verhalten immer gleich sei. Er kenne sie seit 2004. Damals hätte sie auch eine Kündigung erhalten. Dr. med. B. \_\_\_\_\_ ihrerseits hielt fest, dass depressive Symptome und Angstsymptome nicht in dem Ausmasse vorlägen, um ein eigenständiges Störungsbild diagnostizieren zu können (AB 54 S. 15). Insgesamt geht die Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 30. Juni 2016 somit korrekterweise durchgehend von einer geringen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome aus (S. 3 Ziff. 2.4.1).

Dr. med. B. \_\_\_\_\_ hält eine psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung für indiziert (AB 54/16). Die Beschwerdeführerin liess sich lediglich ein knappes halbes Jahr lang psychiatrisch behandeln, letztmals am 21. Dezember 2012. Danach hat sie die Behandlung auf eigene Initiative abgebrochen (AB 31/2). Gemäss den Ausführungen von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ scheint die Kooperationsbereitschaft dafür wenig vorhanden zu sein, weshalb das Behandlungspotenzial nicht ausgeschöpft ist (AB 54/16). Daran ändert auch der Umstand nichts, dass sich die Beschwerdeführerin angeblich die Transportkosten zum Arzt und zu den psychologischen Behandlungen nicht mehr habe leisten können (AB 26.20/3 Ziff. 7). Denn zur Sicherstellung und Finanzierung der erforderlichen Behandlungen hätte sie sich an den Sozialdienst wenden können, welcher ihr unter Umständen auch einen örtlich näher gelegenen Therapeuten hätte vermitteln können. Dass die Kooperationsbereitschaft nicht gegeben ist, lässt sich zudem dem Bericht der früher behandelnden Psychiaterin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 31. Juli 2013 (AB 17/2) entnehmen, wonach die Beschwerdeführerin teilweise behandlungsuneinsichtig gewesen sei und die vorgeschlagenen Behandlungen abgelehnt haben soll (S. 4). Weiter gab der Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am 10. Dezember 2014 telefonisch gegenüber der RAD-Psychiaterin an, dass die Beschwerdeführerin ein Rezept für „Quetiapin“ „schon länger nicht geholt“ habe und derzeit kein Antidepressivum verschrieben werde (AB 54 S. 14). Somit kann hinsichtlich des Kriteriums des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs klarerweise nicht von einem Scheitern einer lege artis durchgeführten Therapie gesprochen werden. Vielmehr weist das Verhalten der Beschwerdeführerin (baldi-

ger Abbruch der Therapie), wie dies die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt (vgl. Stellungnahme vom 30. Juni 2016, S. 3 Ziff. 2.4.2), darauf hin, dass ein geringer Leidensdruck vorlag und nicht von einer schweren, therapeutisch nicht mehr angehbaren psychischen Störung auszugehen ist. Auch was den Eingliederungserfolg betrifft, fühlt sich die Beschwerdeführerin wegen der „Symptome“ lediglich subjektiv nicht im Stande, eine berufliche Tätigkeit aufzunehmen bzw. an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (AB 54/10).

Vorliegend sind keine Komorbiditäten ausgewiesen, konnten doch gemäss dem RAD-Untersuchungsbericht vom 8. Januar 2015 (AB 54) neben der Somatisierungsstörung weder eine somatische noch eine psychische Erkrankung festgestellt werden.

**3.6.2** Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 30. Juni 2016 richtigerweise darlegt, lassen die Komplexe „Persönlichkeit“ und „Soziales“ nicht auf eine Leistungsminderung schliessen (S. 3 Ziff. 2.5).

Was die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin betrifft, hielt die RAD-Psychiaterin fest, diese sei unauffällig und die Beschwerdeführerin sei in der Lage, ihre Angelegenheiten selbstständig zu besorgen (AB 54/13). So kam die Beschwerdeführerin in gepflegter Erscheinung zur RAD-Untersuchung. Deren Allgemein- wie auch Ernährungszustand beurteilte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ als gut (S. 12). Auch die ehemalige behandelnde Psychiaterin Dr. med. F.\_\_\_\_\_ beschrieb die Beschwerdeführerin als gepflegt und stellte fest, dass sie pünktlich und motiviert zu den Therapiestunden erschienen sei (Ab 17/4). Weiter führte der vorherige Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin benötige zum Einkaufen, Kochen oder für die Administration keine Hilfe und nach dem Aufstehen sei eine durch Haushaltsaufgaben bestimmte Tagesstruktur erkennbar, die durch die Umsetzung von Hobbies und Interessen ergänzt werde (AB 27/6).

Zum Komplex „Sozialer Kontext“ beschrieb die Beschwerdeführerin anlässlich der RAD-Untersuchung vom 9. Dezember 2014 zwar einen sozialen Rückzug (AB 54/10 ff.). Allerdings ist aufgrund der Akten nicht ausgewiesen, dass die Beschwerdeführer vor dem Eintritt der Somatisierungs-

störung über ein intaktes soziales Umfeld verfügte. Zwar ging sie - nachdem sie im Jahr 1996 in die Schweiz einreiste (AB 6/1 Ziff. 1.7) - am 31. Januar 1997 eine Ehe ein, welche mit Urteil vom 16. März 2006 geschieden wurde (AB 11). Nach der Aktenlage (vgl. AB 26.18/13) verständigte sich das Paar primär auf Englisch. Weitere soziale Kontakte, ausser einer Beziehung, welche 2012 getrennt wurde sowie etwelche durch die berufliche Tätigkeit bedingte Kontakte, sind aus den Akten nicht zu entnehmen. Die Beschwerdeführerin macht denn auch nicht geltend, vor Eintritt der Gesundheitsstörung über einen (grossen) Freundeskreis verfügt zu haben. Vielmehr ist davon auszugehen, dass bei der Versicherten nicht ein leidensbedingter sozialer Rückzug, sondern die fehlenden sozialen Kontakte als Folge einer nicht erfolgten Assimilierung zu sehen sind. Eine mangelnde bzw. fehlende Integration ist einem sozialen Rückzug nicht gleichzusetzen, zumal ein Rückzug begrifflich voraussetzt, dass zuvor ein Netz sozialer Kontakte bestanden hat, was vorliegend nach der Aktenlage nicht der Fall ist.

**3.7** In der Kategorie „Konsistenz“ sind die Teilaspekte „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ und „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ zu beurteilen.

**3.7.1** Dem RAD-Untersuchungsbericht vom 8. Januar 2015 (AB 54) ist zwar zu entnehmen, dass der von der Beschwerdeführerin geschilderte Tagesablauf wenige Aktivitäten aufweist und sie sich nicht mehr für leistungsfähig hält (S. 10 f.). Dementgegen steht die Tatsache, dass sie am Tag der RAD-Untersuchung alleine mit dem öffentlichen Verkehr von ihrem Wohnort nach Bern fuhr (S. 10) und dass - wie die Beschwerdegegnerin vorbringt (vgl. Stellungnahme vom 30. Juni 2016, S. 4 Ziff. 2.6) - anlässlich der Untersuchung keine Ermüdungserscheinungen oder andere Anzeichen von Belastung oder Schmerzen zu erkennen waren. Auch bringt die Beschwerdeführerin den Willen und die Kraft auf, für hausärztliche Konsultationen mehrstündige Zugfahrten in Kauf zu nehmen. Weiter ist die alleinstehende Beschwerdeführerin dennoch in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen, was neben den üblichen Verrichtungen wie Körperpflege, Haushalt, Einkaufen etc. (AB 54 S. 10 f.) auch diverse Behördengänge umfasst (So-

zialdienst [vgl. AB 9] und Korrespondenz mit der Taggeldversicherung [vgl. u.a. AB 26.10]), was mit den geklagten Einschränkungen nicht im Einklang steht. Das Gleiche gilt für den Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin zwei bis drei Stunden im Internet mit Recherchen zu sie interessierenden Themen zu beschäftigen mag (AB 26.18/16 i.V.m. AB 27/7 Ziff. 9). Weiter führt die RAD-Psychiaterin Dr. med. B. \_\_\_\_\_ aus, dass nicht von einer höhergradigen psychischen Störung ausgegangen werden kann, wenn die Beschwerdeführerin aus eigenem Antrieb zu einem Wohnungswechsel in der Lage gewesen sei, zumal damit auch erneute Belastungen verbunden gewesen seien (konfliktvolle Auseinandersetzungen mit dem Vermieter; AB 64/10). Auch liess sie sich gemäss dem Schreiben des Sozialdienstes K. \_\_\_\_\_ vom 15. Juli 2013 (AB 9) alleine in einer für sie fremden Umgebung ohne Sozialnetz nieder und wandte sich wegen finanzieller Probleme an den Sozialdienst. Dies lässt auf deutlich vorhandene Ressourcen der Beschwerdeführerin schliessen.

**3.7.2** Die in Anspruch genommenen Therapien und Komplementärbehandlungen (halbjährige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung [vgl. AB 17/2], medikamentöse Behandlung (AB 26.20/3 Ziff. 6), Shiatsu, Meditationen, Atemtechniken, Akupunktur [AB 54 S. 8]), nimmt die Beschwerdeführerin aus finanziellen Gründen nicht mehr in Anspruch (AB 26.20/3 Ziff. 7 i.V.m. AB 54/8). Diese Begründung sowie die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin die Behandlungsmöglichkeiten nicht ausschöpft, bestätigen, dass die geltend gemachten Einschränkungen nicht mit einem versicherten Gesundheitsschaden zu begründen sind und dass ein Leidensdruck nicht ausgewiesen ist.

**3.8** Aufgrund des Dargelegten sind die Auswirkungen der diagnostizierten Somatisierungsstörung überwindbar und es besteht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resp. es liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Die Beschwerdegegnerin verneinte daher mit Verfügung vom 8. April 2015 (AB 65) zu Recht einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die dagegen erhobene Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

#### 4.

**4.1** 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. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Das vorliegend zu beurteilende Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege bezieht sich auf die Befreiung von den Kosten des Beschwerdeverfahrens, zumal die Beschwerdeführerin nicht rechtlich vertreten ist.

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin, welche sich nach der gesamten wirtschaftlichen Situation im Zeitpunkt der Entscheidung über das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege beurteilt (vgl. Entscheid des BGer vom 2. Dezember 2010, 8C\_772/2010, E. 2.2.1), ist aktenmässig erstellt (vgl. insbesondere Akten der Beschwerdegegnerin [act. IA] 1-13). Im Weiteren ist die Beschwerde nicht als von vornherein aussichtslos zu qualifizieren, weshalb die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege vorliegend erfüllt sind. Das entsprechende Gesuch ist somit gutzuheissen.

**4.2** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> VG 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). Unter Berücksichtigung des gutgeheissenen Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege (vgl. E. 4.1 hiervor) wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen

Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

**4.3** Für die obsiegende Beschwerdegegnerin besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um Gewährung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege wird betreffend die Verfahrenskosten 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.