

200 15 486 IV  
SCJ/SCM/OGM/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 19. Februar 2016**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. April 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1970 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 20. September 2013 unter Hinweis auf psychische Probleme sowie Rücken- und Ellenbogenbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 2). Daraufhin tätigte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) erwerbliche sowie medizinische Abklärungen (AB 6 - 8, 10, 14 -15, 18, 24, 29, 31), unter anderem nahm sie ein zuhanden der Krankentaggeldversicherung am 23. Juni 2014 erstelltes Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zu den Akten (AB 28.1). Nachdem die IVB in Absprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 31) ein polydisziplinäres Gutachten bei der D.\_\_\_\_\_ (MEDAS) eingeholt hatte (AB 42.1 - 6), stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 24. Februar 2015 (AB 43) – mangels invalidisierendem Gesundheitsschaden – die Verweigerung einer Rentenzusprache in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte sowohl durch ihren Hausarzt, Dr. med. E.\_\_\_\_\_ (AB 44), Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, als auch durch ihren Rechtsvertreter, Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ (AB 45, 48), Einwendungen erheben. Mit Verfügung vom 22. April 2015 (AB 51) wies die IVB das Leistungsbegehren entsprechend dem Vorbescheid ab.

### **B.**

Beschwerdeweise beantragte die Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 26. Mai 2015 unter Kosten- und Entschädigungsfolge das Folgende:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 22. April 2015 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin eine unbefristete ganze Rente zuzusprechen.
2. Es sei über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin eventualiter ein Obergutachten und subeventualiter ein pharmakologisches Gutachten erstellen zu lassen und die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen mit der Massgabe, gestützt auf diese Expertise neu zu verfügen.

3. Der Beschwerdeführerin sei für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtspflege mit unentgeltlicher Rechtsverteidigung durch den Unterzeichneten zu gewähren.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2015 beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

Aufforderungsgemäss (vgl. die prozessleitenden Verfügungen vom 27. Mai, 30. Juni und 5. August 2015) ergänzte die Beschwerdeführerin am 17. Juni sowie am 28. Juli 2015 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und erteilte am 14. August 2015 weitere Auskünfte.

Mit prozessleitender Verfügung vom 19. August 2015 wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wegen fehlendem Nachweis der Bedürftigkeit abgewiesen. Der verfügte Gerichtskostenvorschuss wurde fristgerecht geleistet.

Am 3. Dezember 2015 hielt die Beschwerdeführerin an den gestellten Rechtsbegehren fest.

### **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 vom 22. April 2015 (AB 51). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der IV.

**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. 2 VRPG).

## **2.**

**2.1** In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Sie beanstandet, dass aus der angefochtenen Verfügung vom 22. April 2015 nicht hervorgehe, auf welche Akten sich die Beschwerdegegnerin gestützt habe, und es ihr in der Folge nicht möglich gewesen sei, das "medizinische Abklärungsergebnis" nachzuvollziehen und allenfalls rechtswirksam anzufechten (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 1 f.).

**2.2** Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und

auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181).

Es entspricht allgemeinen rechtsstaatlichen Prinzipien, dass die Entscheidungsgründe der betroffenen Person bekannt sein sollen. Denn ohne Kenntnis der Tatsachen und Rechtsnormen, welche für die verfügende Behörde massgeblich waren, kann sie sich oft kein Bild über die Tragweite der Verfügung machen. Sie vermag die Gründe, welche für oder gegen eine Beschwerdeerhebung sprechen, nicht richtig abzuwägen und kann die Verfügung gegebenenfalls nicht sachgemäss anfechten. Dies führt zu Rückfragen bei der Verwaltung oder zu provisorischen Beschwerden, um die Entscheidungsgründe auf diesem Weg zu erfahren (SVR 2000 UV Nr. 10 S. 35 E. 4a; ZAK 1990 S. 396 E. 2 mit Hinweisen).

**2.3** Die Beschwerdegegnerin hat vorliegend das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgelehnt. Sie legte dar, dass die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) aus rechtlicher Sicht keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermöge. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die betreffende Störung respektive ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien (AB 51/1). Bezüglich der von der Beschwerdeführerin gegen den Vorbescheid (AB 43) vorgebrachten Einwände (AB 44, 45, 48) hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass der psychiatrische Experte im Gutachten auf eine komplexe psychosoziale Belastung, welche sich auf den Verlauf und den Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung auswirke, verwiesen habe. Damit finde die mittelgradige depressive Episode ihre hinreichende Erklärung in psychosozialen Umständen und subjektiven Auffassungen, weshalb sie im Rahmen der invalidenversicherungsrechtlichen Leistungszusprache nicht zu berücksichtigen sei (AB 51/2).

Die Beschwerdegegnerin nannte in der ablehnenden Verfügung somit kurz die Überlegungen, von denen sie sich hat leiten lassen und auf die sie ihren Entscheid stützte. Aus der Verfügung geht zudem hervor, weshalb die

Beschwerdegegnerin die Einwendungen der Beschwerdeführerin für unzutreffend hält (AB 51/1 f.; vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 49 Rz. 56). Die Beschwerdegegnerin ist damit ihrer Begründungspflicht in genügender Weise nachgekommen.

Nachfolgend ist auf die materiellen Rügen einzugehen bzw. der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu beurteilen:

### **3.**

**3.1** 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). 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.).

**3.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

**3.2.1** 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).

**3.2.2** 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).

**3.3** 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).

#### **4.**

**4.1** Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**4.1.1** In der Stellungnahme vom 3. Juli 2013 (AB 14.4) stellte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, die Diagnose einer reaktiven Depression, welche im Zusammenhang mit der für die Beschwerdeführerin unerwarteten Kündigung stehe (S. 2).

**4.1.2** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im undatierten Bericht (Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 3. Oktober 2013; AB 7) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode, reaktiv seit April 2013 (AB 7/2 Ziff. 1.1). Im Anschluss an die Operation einer symptomatischen Ovarialzyste rechts mit unklarer Dignität, habe die Beschwerdeführerin von ihrem langjährigen Arbeitgeber, aus ihrer Sicht völlig unerwartet und ungerechtfertigt, die Kündigung erhalten (richtig: vier Tage zuvor am 22. April 2013 [AB 14.4/1]). In der Folge habe sie ein schweres depressives Syndrom mit ausgeprägter Energielosigkeit, Adynamie, trauriger Verstimmung, Schlafstörungen und ausgeprägtem Rückzugsverhalten mit Abbruch der sozialen Kontakte entwickelt. Trotz psychiatrischer Betreuung und Behandlung mit Antidepressiva sei noch keine Besserung des Zustands ein-

getreten (AB 7/3 Ziff. 1.4). Seit dem 22. April 2013 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (AB 7/4 Ziff. 1.6). Bei einer Verbesserung des Zustands sei mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu rechnen (AB 7/4 Ziff. 1.8).

**4.1.3** Gemäss Bericht des Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 29. März 2014 (AB 24) besteht bei der Beschwerdeführerin mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seit April 2013 eine schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen (AB 24/1). Sie leide unter Suizidgedanken und wahnhaften Ideen, indem sie ihre Arbeitskollegen verdächtige, sie hintergangen zu haben (AB 24/2). Seit Behandlungsbeginn am 30. Mai 2013 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (AB 24/1 f.).

**4.1.4** Zuhanden der Krankentaggeldversicherung stellte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 23. Juni 2014 (AB 28.1) die Diagnose einer mittelschweren depressiven Störung (ICD-10 F32.1). Es müsse angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin schon seit einiger Zeit in einer belastenden psychosozialen Situation mit Eheschwierigkeiten stehe und auch seit längerem mit gesundheitlichen Problemen kämpfe. Die unerwartete Kündigung habe zu einer massiven Kränkung und Entwicklung einer Anpassungsstörung geführt, welche mittlerweile in eine reaktive depressive Störung übergegangen sei. Erschwerend sei sicherlich die ungünstige familiäre Situation, weswegen auch gewisse psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen dürften. Zudem fänden sich Hinweise auf eine Aggravation. Es könne nicht eindeutig nachvollzogen werden, weswegen eine eher grosszügig bemessene psychiatrische Therapie mit monatlichen Abständen durchgeführt werde, obwohl die Beschwerdeführerin angebe, sich schwer krank zu fühlen. Dies lasse den Schluss zu, dass der Leidensdruck doch eher relativiert werden müsse. Intensivere psychiatrische Massnahmen im Sinne einer stationären oder halbstationären Behandlung wären durchaus in Erwägung zu ziehen. Für sehr einfach strukturierte Tätigkeiten ohne Übernahme von Verantwortung und ohne Zeitdruck könne eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden (AB 28.1/6 f.).

**4.1.5** Auf Anraten des RAD-Arztes Dr. med. H.\_\_\_\_\_ (AB 31), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wurde die Beschwerdeführe-

rin am 24. Oktober bzw. am 7. und 12. November 2014 in den Fachrichtungen Orthopädie / Traumatologie, Innere Medizin sowie Psychiatrie polydisziplinär begutachtet. Im diesbezüglichen MEDAS-Gutachten vom 11. Dezember 2014 (AB 42.1) diagnostizierten die Ärzte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; S. 9). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter im Wesentlichen die folgenden Diagnosen (S. 9 f.):

- Cervicospondylogenes und cervicovertebrales Schmerzsyndrom ohne objektivierbare gravierende Pathologie
- Lumbospondylogenes und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne objektivierbare gravierende Pathologie
- Anamnestisch Status nach mehrfacher Behandlung von Ureterkonkrementen, 2006 Urosepsis und letzte operative Behandlungen mit viermaligen Revisionen 2014
- Anamnestisch Status nach Hysterektomie und nach operativer Behandlung einer Endometriose sowie nach laparoskopischer Entfernung der rechten Adnexe bei symptomatischer Ovarialzyste 2013
- Dyspepsie ohne Reflux, anamnestisch Zustand nach Ulkus im Alter von zwölf Jahren
- Hypertriglyceridämie
- Vitamin D-Mangel

Im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten vom 24. Oktober 2014 (AB 42.2) wurde festgehalten, dass die beklagten Schmerzen den Beobachtungen bei weitgehend ungestörter allgemeiner Mobilität entgegengestanden seien. Es bestehe ein deutliches rumpfmuskuläres Globaldefizit in der Folge eines Trainingsmangels. Die Beschwerdeführerin bedürfe einer längerfristigen intensiven physiotherapeutischen und vor allem trainingstherapeutischen Behandlung zur balancierten Kräftigung der Rumpfmuskulatur. Von einer derartigen ca. acht- bis zwölfwöchigen Therapie sei eine deutliche Minderung der lumbalen Beschwerdesituation zu erwarten. Orthopädisch gelte die bisherige Tätigkeit als ... in einer ... als hinreichend angepasst und sei der Beschwerdeführerin auf einem 100 %-Niveau zuzumutbar (AB 42.1/3, 42.1/7, 42.2/7 f.).

Gemäss internistischem Teilgutachten vom 17. November 2014 (AB 42.1/8, 42.4) seien die internistischen Leiden harmlos und würden die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussen.

Aus dem psychiatrischen Teilgutachten vom 12. November 2014 (AB 42.3) geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin langjährige psychische Belastungen bestehen. Sie sei 1995 aus politischen Gründen aus ... geflohen und könne als Folge davon ihre Verwandten nicht besuchen, was sie belastete. Es bestehe zudem seit der Hysterektomie eine gravierende Partnerschaftsproblematik. Eine manifeste psychiatrische Dekompensation im Sinne einer Depression habe sich aber erst nach Erhalt der Kündigung des Arbeitsverhältnisses im April 2013 entwickelt. Aufgrund der deutlich ausgeprägten Symptomatik sei der Beschwerdeführerin lediglich eine gut strukturierte, sachbezogene Tätigkeit ohne Zeitdruck im Umfang von 50 % möglich. Es gebe aber auch deutliche Hinweise für eine Aggravation. Die Einschätzung der Beschwerdeführerin, dass keinerlei berufliche Tätigkeit mehr möglich sei, habe damit auch einen wesentlichen motivationalen Hintergrund, im Sinne einer nicht-krankheitsbedingten Selbstlimitierung. Auf dem Hintergrund der Schwere der Erkrankung, der langen Krankheitsdauer und dem Vorliegen einer komplexen psychosozialen Problematik, erscheine die psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie nicht ausreichend intensiv. Es empfehle sich hier eine deutliche Therapieintensivierung, gegebenenfalls mit initialer Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik. Im Weiteren sollte insbesondere eine ambulante Psychotherapie mit einer Sitzungsfrequenz von einmal wöchentlich erfolgen (AB 42.1/7 f., 42.3/6 f.).

Aufgrund der noch deutlich ausgeprägten depressiven Symptomatik seien Durchhaltevermögen, Stress- und emotionale Belastbarkeit erheblich eingeschränkt. Möglich seien gut strukturierte sachbezogene Tätigkeiten ohne Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die Konzentration. Die körperlich leichten bis mittelschweren Arbeiten sollten möglichst rückenadaptiert, d.h. wechselbelastend und ohne Zwangshaltung für den Rücken mit einer Hebe- und Tragelimiten von 10 bis maximal 15 kg sein (AB 42.1/11 f.). In einer adaptierten Verweistätigkeit bestehe aus psychiatrischen Gründen seit ca. November 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (AB 42.1/12). Die Prognose gelte bei Beachtung der Kriterien des Belastungsprofils und ins-

besondere auch bei Beachtung der psychiatrisch und der orthopädisch formulierten Therapievorschläge als günstig (AB 42.1/13, 42.2/8, 42.3/8).

**4.2** 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines artzlichen 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).

### **4.3**

**4.3.1** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 22. April 2015 (AB 51) massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der D. \_\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2014 (AB 42.1 - 6) gestützt.

**4.3.2** In somatischer Hinsicht ist zu beachten, dass die von der Beschwerdeführerin vorgetragene cervicalen und lumbalen Rückenbeschwerden anamnestisch seit vielen Jahren bestehen (AB 7/2 Ziff. 1.1, 42.2/8). Der orthopädisch-traumatologische Gutachter legte schlüssig dar, dass der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere ruckenadaptierte Tätigkeiten zumutbar sind. Weiter begründete er nachvollziehbar, dass die bisherige Tätigkeit als ... in einer ... orthopädisch als hinreichend ange-

passt gilt. Zudem sind die prognostischen Aussichten für eine Besserung der Rückenbeschwerden bei einem balancierten Aufbau der Rumpfmuskulatur durch physiotherapeutische/trainings-therapeutische Intensivbehandlung günstig (AB 42.2/8). Wenn Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 19. März 2015 (AB 44) ausführt, das lumbospondylogene Schmerzsyndrom habe sich in den letzten 12 Monaten verschlechtert, womit der Beschwerdeführerin eine leichte körperliche Tätigkeit nicht zumutbar sei, so ist dem entgegenzuhalten, dass die MEDAS-Begutachtung innerhalb des vorgebrachten Zeitraums stattfand und damit allfällige Verschlechterungen in diese bereits eingeflossen sind (AB 42.1/1). Aus internistischer Sicht bestehen nur geringe Beschwerden, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussen (AB 42.4/7). Demnach ist die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht entsprechend den schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen der Gutachter für körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten mit einer Hebe- und Tragelimiten von 10 bis maximal 15 kg, ohne länger vorübergebeugte stehende Haltung, voll arbeitsfähig (AB 42.2/8).

**4.3.3** Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, das psychiatrische Teilgutachten hätte sich nicht rechtsgenügend mit gegenteiligen Arztberichten auseinandergesetzt (vgl. Beschwerde S. 6 f. Ziff. 7), kann ihr nicht gefolgt werden. Denn der psychiatrische Gutachter legte einleuchtend und schlüssig dar, dass sich das depressive Zustandsbild gebessert hat. Er führte dazu aus, dass der Schweregrad der Depression im Zeitpunkt des Berichts von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 29. März 2014 (AB 24) tatsächlich noch schwer gewesen sein könnte, obwohl davon ausgegangen werde, dass sich das Krankheitsbild bereits fünf bis sechs Monate nach Erhalt der Kündigung am 22. April 2013 gebessert habe. Generell sei die Anamnese von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ sehr knapp gehalten und wichtige zum Krankheitsbild beitragende Faktoren seien nicht einmal angedeutet worden (AB 18/3 Ziff. 2.14, 42.3/7 f.). Diese Einschätzung teilt auch der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, wenn er den Arztbericht des Dr. med. G. \_\_\_\_\_ als rudimentär beschreibt (AB 27/2). Sämtliche Schlussfolgerungen und Einschätzungen im Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2014 (AB 28.1) – welcher ebenfalls eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1) diagnostizierte – werden durch den psychiatrischen MEDAS-

Gutachter als ausführlich begründet und gut nachvollziehbar gewertet (AB 42.3/8). Soweit Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seinem Einwand vom 19. März 2015 (AB 44) weiterhin an der Diagnose einer schweren depressiven Episode festhält, erfolgt dies ohne weitere Begründung und Auseinandersetzung mit den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters. Hier ist im Übrigen der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Zudem kann auf die Einschätzungen von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Innere Medizin mangels genügender fachlicher Qualifikationen ohnehin nur bedingt abgestellt werden, da vorliegend kein internistisches Leiden, sondern ein psychiatrischer Gesundheitsschaden im Vordergrund steht.

**4.3.4** Insgesamt erfüllt das MEDAS-Gutachten die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2 hier vor), weshalb ihm – in diagnostischer Hinsicht – volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen sind für die streitigen Belange umfassend und in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der beklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind zudem einleuchtend und überzeugen. Im Weiteren steht das Gutachten im Einklang mit der Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2014 (AB 28.1/6 f.). Divergierende medizinische Berichte, die geeignet wären, die schlüssigen und überzeugenden Ausführungen der Gutachter zu erschüttern, liegen nicht vor, zumal diese zu allfälligen Diskrepanzen ausführlich und überzeugend Stellung genommen haben (AB 42.2/7, 42.3/7 f.). Die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwände vermögen das beweiskräftige MEDAS-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen und es ist hinsichtlich der Befunderhebung und der gestellten Diagnosen darauf abzustellen. Der medizinische Sachverhalt wurde ausreichend abgeklärt und auf die Einholung der von der Beschwerdeführerin beantragten zusätzlichen Gutachten kann in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden.

**4.4** Indes ist es – auch bei Depressionen – keineswegs allein Sache der Arztperson, abschliessend und verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer im Sozialversicherungsrecht anerkannten – d.h. trotz zumutbarer Willensanstrengung nicht überwindbaren – Arbeitsunfähigkeit führt, zumal zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation besteht und die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist sowie unausweichlich Ermessenzüge trägt (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 194 f.; SVR 2014 IV Nr. 34 S. 124 E. 3.1). Es ist deshalb nachfolgend im Rahmen einer rechtlichen Würdigung zu beurteilen, welche Arbeitsleistungen der Beschwerdeführerin noch zugemutet werden können.

**4.4.1** Zwar ist eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen, indessen bedingt deren Annahme aber, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt und im Weiteren, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. April 2014, 8C\_774/2013, E. 4.2). Was die im Vordergrund stehende depressive Symptomatik anbelangt, ist somit zu beachten, dass es sich dabei definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden handelt, womit es prinzipiell an der zur Begründung eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens nötigen Dauerhaftigkeit mangelt (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 169 ff.; Entscheid des BGer vom 26. Januar 2007, I 510/06, E. 6.3). Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten denn auch grundsätzlich als therapeutisch angebar (Entscheide des BGer vom 29. August 2012, 9C\_266/2012, E. 4.3.2 und vom 7. Februar 2012, 9C\_736/2011, E. 4.2.2.1). Im vorliegenden Fall sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die auf etwas Gegenteiliges schliessen lassen. Entsprechend haben die MEDAS-Gutachter ausführlich und schlüssig dargelegt, dass die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) keine lang dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermag, sondern die Pro-

gnose mittels einer Intensivierung der psychiatrischen Therapie durchaus günstig ist (AB 42.1/13, AB 42.3/8). Auf dem Hintergrund des Schweregrades und der Dauer der Erkrankung sowie dem Vorliegen einer komplexen psychosozialen Problematik, erscheint die psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie als nicht ausreichend (AB 42.3/7 f.). Auch für Dr. med. C.\_\_\_\_\_ war im Juni 2014 nicht nachvollziehbar, weswegen eine eher grosszügig bemessene psychiatrische Therapie mit einmonatlichen Abständen durchgeführt wird, obwohl die Beschwerdeführerin angab, sich schwer krank zu fühlen. Unter den gegebenen Umständen zieht er den nachvollziehbaren Schluss, dass schon seit längerer Zeit eine Hospitalisation sinnvoll gewesen wäre. Es kann im Einklang mit Dr. med. C.\_\_\_\_\_ angenommen werden, dass der Leidensdruck daher relativiert werden muss (AB 28.1/7). Die niedrige Therapiefrequenz der Beschwerdeführerin spricht nach dem Ausgeführten gegen eine konsequent befolgte Depressions-therapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweisen würde (vgl. BGer 8C\_774/2013, E. 4.2).

**4.4.2** Hinzu kommt, dass aktenmässig nach wie vor beträchtliche psychosoziale Belastungen ausgewiesen sind. Die Beschwerdeführerin hat angegeben, sehr darunter zu leiden, ihre Verwandten in ... nicht besuchen zu können (AB 42.3/6 f.). Zudem besteht seit einer Hysterektomie im Jahr 2010 eine gravierende Partnerschaftsproblematik. Eine manifeste psychiatrische Dekompensation im Sinne einer Depression hat sich jedoch erst nach Erhalt der Kündigung des Arbeitsverhältnisses im April 2013 entwickelt (AB 28.1/6, 42.3/7). Auch aufgrund dieser psychosozialen Belastungsfaktoren ist dem depressiven Geschehen kein invalidisierender Charakter beizumessen (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin vertritt unter Hinweis auf die Rechtsprechung zu Recht die Ansicht, dass die mittelgradige depressive Episode ihre hinreichende Erklärung in psychosozialen Umständen und subjektiven Auffassungen findet, weshalb sie im Rahmen der invalidenversicherungsrechtlichen Leistungszusprache nicht zu berücksichtigen ist (vgl. Urteile des BGer vom 9. Juli 2012, 9C\_210/2012, E. 4.2 und vom 6. Juni 2011, 9C\_1040/2010, E. 3.4.2.2; AB 51/2 ). Gemäss der Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, die mit dem psychiatrischen MEDAS-Gutachten im Einklang steht, und von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ war die depressive Symptomatik reaktiv, d.h. Folge der Kündigung des Arbeitsplatzes

(AB 14.4/2, 28.1/6, 42.3/7). Indem Dr. med. F.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin ermutigte, die Situation zu akzeptieren und sich wieder auf eine neue Arbeitsstelle einzustellen (AB 14.4/2), wird deutlich, dass das psychische Leiden eng mit den psychosozialen Belastungsfaktoren verknüpft und deshalb unbeachtlich ist. Denn psychische Störungen, die durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, haben keine eigenständige Ätiologie, weshalb sie invalidenversicherungsrechtlich unerheblich sind (vgl. E. 3.2.2 hiervor).

**4.4.3** Des Weiteren waren im MEDAS-Gutachten psychiatrische und auch orthopädische Hinweise für eine Aggravation feststellbar (AB 42.1/10). So liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51). Der psychiatrische Gutachter führte dazu aus, dass das Ergebnis des Konzentrationstests in so grober Weise vom klinischen Eindruck hinsichtlich der sonst im Untersuchungsgespräch gezeigten, nur mässig eingeschränkten Konzentration abweiche, dass hier von einer massiven Aggravation auszugehen sei (AB 42.3/5). Daher habe die Einschätzung der Beschwerdeführerin, dass keinerlei berufliche Tätigkeit mehr möglich sei, auch einen wesentlichen motivationalen Hintergrund, im Sinne einer nicht-krankheitsbedingten Selbstlimitierung (AB 42.3/7). Der orthopädisch-traumatologische Gutachter hielt fest, dass der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 4. August 2014 (AB 31/2) ein demonstratives Verhalten im Sinne einer eindeutigen Aggravation beschrieben habe. Für die von der Beschwerdeführerin betonten cervicalen und lumbalen Beschwerden seien im Untersuchungszeitpunkt ebenfalls keine korrelierenden pathologisch-somatischen Befunde feststellbar gewesen (AB 42.2/7). Auch gemäss Dr. med. C.\_\_\_\_\_ haben Hinweise auf eine Aggravation bestanden (AB 28.1/6).

**4.5** Damit sprach die Beschwerdegegnerin den psychischen Beschwerden zu Recht die invalidisierende Wirkung ab, womit die angefochtene Verfügung vom 22. April 2015 (AB 51) nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

## 5.

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

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 700.-- festgelegt und der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 3. Dezember 2015)
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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