

200 15 532 IV  
KNB/IMD/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 10. Mai 2016**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. Mai 2015



## Sachverhalt:

### A.

Die 1955 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist Sprachlehrerin und meldete sich im September 2013 unter Hinweis auf eine Hämochromatose, eine Polyneuropathie sowie eine Erschöpfungsdepression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, veranlasste insbesondere eine polydisziplinäre Begutachtung in der (MEDAS) C. \_\_\_\_\_ (Gutachten vom 21. Oktober 2014 [AB 39.1]) und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 24. Oktober 2014 die Abweisung des Leistungsgesuchs mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht (AB 40). Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 45) und einer diesbezüglichen Stellungnahme der MEDAS (AB 55) verfügte die IVB am 6. Mai 2015 dem Vorbescheid entsprechend und verneinte einen Leistungsanspruch (AB 56).

### B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 8. Juni 2015 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 6. Mai 2015 sei aufzuheben und es sei Frau A. \_\_\_\_\_ rückwirkend ab IV-Anmeldung vom 24. September 2013 bis März 2015 eine volle IV-Rente auszurichten. Von April 2015 bis und mit Juni 2015 sei Frau A. \_\_\_\_\_ mindestens eine  $\frac{3}{4}$ -Invalidenrente auszurichten. Ab Juli 2015 bis auf weiteres sei Frau A. \_\_\_\_\_ mindestens eine halbe IV-Rente auszurichten.
2. Eventualiter sei die Sache zur erneuten Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -.

Sie macht im Wesentlichen geltend, der angefochtene Entscheid der Beschwerdegegnerin werde den konkreten Verhältnissen in keiner Weise ge-

recht und beruhe auf unzureichend abgeklärten Annahmen sowie Schlussfolgerungen. Insbesondere überzeuge das MEDAS-Gutachten nicht; vielmehr sei auf die Einschätzung des die Beschwerdeführerin seit Jahren behandelnden Hausarztes abzustellen.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Juli 2015 beantragt die Beschwerdegegenerin die Abweisung der Beschwerde. Sie hält fest, das MEDAS-Gutachten erfülle die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte, woran die davon abweichende Beurteilung des Hausarztes nichts ändere. Entsprechend habe sie sich zu Recht darauf abgestützt und einen Rentenanspruch verneint.

### **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 6. Mai 2015 (AB 56). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Bei Nichterwerbstätigen wird der Erwerbsunfähigkeit die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, gleichgestellt (Art. 5 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 3 Satz 1 ATSG).

## **2.2**

**2.2.1** 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 Ein-

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

**2.2.2** Nach ständiger Rechtsprechung begründen Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch und Drogensucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2012 BVG Nr. 14 S. 62 E. 4.4.2).

**2.3** 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). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 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 (Abs. 1). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2).

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

**2.5** 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).

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 Untersuchun-

gen 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).

**2.6** 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).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht ergibt sich aus Akten im Wesentlichen das Folgende:

**3.1.1** Im Bericht vom 30. November 2013 (AB 18) diagnostizierte Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine Depression (ICD-10: F43.21, 22, 23; F32.1; F32.2), eine Neuropathie und eine Hämochromatose. Die Patientin sei 2008 wegen rezidivierenden Depressionen in die Therapie gekommen und sei bis 2010 in Behandlung geblieben. Im August 2013 habe sie sich erneut gemeldet. Seit drei Jahren beklage sie sich über Schmerzen in den Füßen. Seit August 2013 würden die Symptome auf Handgelenke und Finger beidseits übergreifen. Seit August 2013 bis auf weiteres bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

In einem weiteren Bericht vom 28. Januar 2014 (AB 22 S. 7) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ fest, die Schwere der Symptomatik, die permanenten Schmerzen in Händen und Füßen, der partielle Kraftverlust über die eigene Motorik und die damit verbundenen Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit würden die Patientin weitgehend ans Haus binden und es ihr schwer ma-

chen, sich mit den neuen Umständen auseinanderzusetzen und ihre Krankheit anzunehmen. Existenzängste und die Frage, wie es beruflich und gesundheitlich weitergehen werde, bestimmten den Alltag und hätten zu Lustlosigkeit und Apathie geführt und sie in eine Depression gestürzt. Der allgemeine psycho-somatische Zustand der Patientin sei schlecht und ihre Hoffnung auf Besserung gering. Eine weitere berufliche Tätigkeit sei folglich auszuschliessen.

**3.1.2** Der Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, attestierte im undatierten, bei der Beschwerdegegnerin am 3. Februar 2014 eingegangenen Bericht (AB 22 S. 1 ff.) eine seit dem 1. August 2013 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit. Der kognitive Abbau in Form verminderter Aufnahmefähigkeit, reduzierter Konzentrationsfähigkeit, sehr schnellem Ermüden und langsamem Erholen, Wortfindungsstörungen, aber auch die körperlichen Einschränkungen durch Gleichgewichtsstörungen, starke Schmerzen in den Extremitäten, die ein längeres Stehen und Gehen verunmöglichten, sowie motorische und sensorische Störungen in beiden Händen würden eine berufliche Tätigkeit ausschliessen. Die Beschwerden seien invalidisierend und beeinträchtigten die Patientin in allen Verrichtungen des täglichen Lebens. Unter den gegebenen Umständen sei deshalb eine Arbeitsfähigkeit generell nicht mehr möglich.

**3.1.3** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Gutachten vom 14. Juli 2014 (AB 36.2) – erstellt im Auftrag des zuständigen Krankentaggeldversicherers – fest, aus psychiatrischer Sicht liege keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Die Explorandin sehe sich primär durch die Polyneuropathie und die damit verbundenen Schmerzen sowie die Medikation mit Lyrica und den Nebenwirkungen desselben beeinträchtigt. Das Ausmass der aktuell vorliegenden depressiven Episode sei zum jetzigen Zeitpunkt leicht. Differenzialdiagnostisch sei ein Alkoholmissbrauch als Ursache für die Beschwerden in Erwägung zu ziehen. Nach den vorliegenden Akten sei die Polyneuropathie wie auch die (nicht symptomatische) Leberfibrose alkoholbedingt. Ein schädlicher Gebrauch liege deshalb definitionsgemäss vor. Das Ausmass der Gesundheitsschädigung durch den Alkohol sei aktuell nicht sicher beurteilbar.

Direkte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit durch die Alkoholproblematik seien aber weder geltend gemacht worden, noch feststellbar (vorbehältlich der durch den Neurologen zu beurteilenden Einschränkungen durch die Polyneuropathie). Aufgrund zahlreicher Ungereimtheiten und nicht zueinander passender eigen- und fremdanamnestischer Angaben und Befunde bestehe ein starker Verdacht auf Aggravation. Die Symptome und Einschränkungen würden stark hervorgehoben und (offenbar auch gegenüber den behandelnden Ärzten) dramatisiert. Aus psychiatrischer Sicht sei die Explorandin arbeitsfähig.

**3.1.4** Dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 21. Oktober 2014 (AB 39.1) lagen Untersuchungen in den Fachrichtungen Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie und Neuropsychologie zugrunde. Den einzelnen Teilgutachten kann das Folgende entnommen werden:

Aus internistischer Sicht bestehe eine bekannte arterielle Hypertonie, welche mit Betablocker behandelt werde. Ein behinderungsrelevanter Effekt resultiere daraus nicht. Aktenkundig und klinisch bestehe eine Polyneuropathie, wahrscheinlich alkoholtoxischer Genese. Der Einfluss der Neuropathie sei neurologisch zu bewerten. Es habe sich keine namhafte assoziierte Ataxie erheben lassen. Bei einem fortgesetzten schädlichen Alkoholkonsum drohten behinderungsrelevante Gesundheitsstörungen. Es sei vorrangig und dringend eine vollständige Alkoholabstinenz anzustreben. Derzeit bestehe fachspezifisch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 39.1 S. 13 f.).

Der neurologische Gutachter hielt fest, der erhobene klinische Befund sei mit einer leichtgradigen Polyneuropathie vereinbar (abgeschwächter Achillessehnenreflex, strumpfförmig verteilte sensible Störungen im Bereich der Unterschenkel und Füße). Der übrige Befund sei neurologisch unauffällig gewesen. Der klinische Aspekt mit Spider naevi, Anamnese sowie Laboraten sei mit einem fortgesetzten Alkoholkonsum vereinbar. Aus dem erhobenen klinischen Befund ergebe sich kein ausreichender Anhalt für eine Minderung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren oder auch anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts ohne höhere Ansprüche an die Stand- und Gangsicherheit. Die Polyneuropathie sei rein sensibel und geringgradig ausgeprägt, so dass sich hieraus

keine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe (AB 39.1 S. 19 f.).

Die in orthopädischer Hinsicht erhobene Impingement-Symptomatik des rechten Schultergelenks führe zu einer allenfalls temporär begrenzten qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Medizinisch-theoretisch seien körperlich schwere und häufig über Kopfhöhe auszuübende Tätigkeiten zu vermeiden. Das Bewegungsausmass des Schultergelenks sei ansonsten nicht limitiert. Die letzte oder jedwede vergleichbare Tätigkeit seien jedoch als uneingeschränkt leistbar anzusehen (AB 39.1 S. 27).

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe sich ein im Wesentlichen regelrechter psychopathologischer Befund ergeben. Lediglich hinsichtlich der subjektiven Kriterien seien von der Versicherten eine verminderte Konzentration, eine Neigung zur Traurigkeit, eine Grübelneigung und eine Antriebsminderung geltend gemacht worden, ohne dass sich hierfür in der klinischen Befunderhebung ein ausreichendes Korrelat ergeben habe. Zu diagnostizieren sei ein fortgesetzter schädlicher Gebrauch von Alkohol / Alkoholmissbrauch (ICD-10: F10.1) bzw. differentialdiagnostisch eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2). Für eine vom Alkoholmissbrauch unabhängige psychiatrische Erkrankung bestehe kein hinreichender Anhalt, ebenso nicht für eine behinderungsrelevante alkoholische Folgeschädigung auf psychiatrischem Gebiet. Eine Arbeitsunfähigkeit sei also nicht zu attestieren (AB 39.1 S. 34 f.).

Der neuropsychologischen Beurteilung ist zu entnehmen, dass die Versicherte eine Beeinträchtigung der konzentrativen Leistungsfähigkeit und eine Beeinträchtigung der Stimmung erwähnt habe. Der klinische Eindruck sowie die Testergebnisse hätten keine Auffälligkeiten gezeigt. Soweit man die anamnestisch berichtete überdurchschnittliche Begabung zugrunde legen möchte, liesse sich angesichts der eher durchschnittlichen und teils im unteren Durchschnittsbereich liegenden Ergebnisse allenfalls eine mögliche Minderleistung postulieren. Als belegt sei dies jedoch nicht anzusehen, zumal keine Referenzwerte aus früheren Untersuchungen vorlägen, die einen entsprechenden Vergleich erlauben würden. Aus neuropsychologischer Sicht ergebe sich somit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 39.1 S. 42).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass unter Berücksichtigung der im Rahmen der Teilgutachten erhobenen Anamnesen und Befunde sowie der Aktendaten die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit 100 % betrage. Eine namhafte psychiatrische Erkrankung (neben dem Alkoholmissbrauch) liege nicht vor, insbesondere sei keine eigenständige, von den Folgen des Alkoholmissbrauchs abgrenzbare depressive Erkrankung zu erkennen. Die somatischen Auffälligkeiten seien gering und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 39.1 S. 42 f.).

**3.2** Das MEDAS-Gutachten vom 21. Oktober 2014 (AB 39.1), gestützt auf welches die Beschwerdegegnerin die vorliegend angefochtene Verfügung vom 6. Mai 2015 (AB 56) erlassen hat, erfüllt die von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines derartigen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiervor). Es ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden sowie die erhobenen Befunde und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Im Weiteren leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die Schlussfolgerungen sind begründet. Dem Gutachten kommt somit voller Beweiswert zu.

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt führt zu keinem anderen Ergebnis:

**3.2.1** Sie macht zunächst geltend, die Ursache der Polyneuropathie sei von den Gutachtern ungenügend abgeklärt worden. Es erscheine alles andere als integer, eine familiäre Ursache als nicht wahrscheinlich abzutun, obschon auch die Mutter der Beschwerdeführerin an einer Polyneuropathie gelitten habe und auch die Tochter über schmerz- und insbesondere kälteempfindliche Hände und Füsse klage, was offenbar Anzeichen für eine Polyneuropathie darstelle oder zumindest darstellen könne (Beschwerde S. 6 Ziff. 8). Damit gelingt es der Beschwerdeführerin nicht, die Einschätzung der Gutachter, wonach die Polyneuropathie wahrscheinlich alkoholischer Genese sei, in Zweifel zu ziehen. Die Gutachter haben in der Stellungnahme vom 22. April 2015 im Rahmen des Vorbescheidverfahrens schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass sowohl der klinische Befund, als auch die Aktendaten und die Laborbefunde hierfür sprechen bzw. ty-

pisch sind (AB 55). Hinzu kommt, dass auch der die Beschwerdeführerin behandelnde Neurologe Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 18. September 2013 (AB 22 S. 32 f.) eine Polyneuropathie toxischer Ursache diagnostizierte und eine ebenfalls zu diagnostizierende Hämochromatose als nicht ursächlich dafür bezeichnet hat. Demgegenüber vermag die Beschwerdeführerin ihre Sicht der Dinge mit keiner fachärztlichen Aussage zu untermauern, zumal die entsprechende Diagnose bei ihrer Mutter offenbar nie gestellt worden ist (AB 36.2 S. 9). Im Rahmen der Begutachtung ging sie denn vielmehr auch selber davon aus, die Polyneuropathie könne auch aus ihrer Sicht äthyltoxischer Genese sein (AB 39.1 S. 29). Nichts für sich ableiten kann die Beschwerdeführerin schliesslich aus dem medizinisch nicht belegten Argument, das Nichteintreten der zu erwartenden Verbesserung ihres Gesundheitszustandes im Rahmen der (zeitweiligen) Alkoholabstinenz zeige, dass die Diagnose einer wahrscheinlich auf den Alkoholkonsum zurückzuführenden Polyneuropathie zu wenig gesichert und kaum nachvollziehbar sei (Beschwerde S. 7 Ziff. 9). Die Gutachter haben hierzu ausgeführt, diese Erkrankung sei nicht mehr umkehrbar, durch eine Alkoholabstinenz jedoch zu stabilisieren (AB 39.1 S. 43).

**3.2.2** Schliesslich ist die Frage nach der Ursache der Polyneuropathie aufgrund der Konzeption der Invalidenversicherung als finale Versicherung vorliegend auch gar nicht entscheidend, wäre die Beschwerdegegnerin doch auch leistungspflichtig, wenn eine durch Alkoholkonsum verursachte (nicht mehr umkehrbare) Polyneuropathie invalidisierende Folgen zeitigen würde (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Dies ist hier allerdings nicht der Fall. Die Gutachter haben der als leichtgradig eingestuftem Polyneuropathie nachvollziehbar und überzeugend keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beigegeben. Diese Einschätzung beruht auf dem erhobenen klinischen Befund und ist unabhängig von der Ursache der Erkrankung (AB 39.1 S. 19). Daran ändert das beschwerdeweise eingereichte Zeugnis des Hausarztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 24. April 2015 (Beschwerdebeilage [BB] 10) sowie die allgemeine Berufung auf dessen Einschätzung nichts. Im erwähnten Zeugnis attestiert der Hausarzt für den Zeitraum von September 2013 bis März 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, zwischen April und Juli 2015 eine solche von 80 % bzw. von ca. 60 - 80 % für den Zeitraum danach. Abgesehen davon, dass das Zeugnis keine Begründung für

diese Einschätzung enthält, und sich der Hausarzt als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin bezüglich der Neuropathie ausserhalb seines Fachbereichs bewegt, ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Besonders deutlich kommt dies in der Stellungnahme des Hausarztes vom 4. September 2014 (AB 45 S. 11 f.) zum Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (AB 36.2) zum Ausdruck. Nachdem Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Gutachten ausgeführt hatte, Dr. med. E. \_\_\_\_\_ habe in seinem undatierten Bericht (AB 22 S. 1 ff.) den langjährigen Alkoholabusus nicht erwähnt (AB 36.2 S. 13), hielt der Hausarzt dazu fest, nachdem die Resultate von diversen Untersuchungen Alkoholkonsum als wahrscheinliche Ursache (der Polyneuropathie) hingestellt hätten, müsse man seines Erachtens der Objektivität zu liebe nicht zusätzlich die Umstände strapazieren, um der Sache gerecht zu werden. Vorurteile wie das Etikett Alkoholiker würden der Situation nicht gerecht werden. Indem der Hausarzt des Weiteren dem Gutachter vorwirft, mit der Suchtmittelanamnese und der Suchtmittelsuche im Urin wohl extrem über das Ziel hinausgeschossen zu haben und er zudem die Alkoholabhängigkeitsdiagnose relativiert bzw. verharmlost, obwohl die Alkoholproblematik (und die grosse Dringlichkeit einer sofortigen totalen Abstinenz) in den fachärztlichen Berichten und Gutachten immer wieder erwähnt wird (AB 22 S. 13, S. 33, S. 36, S. 40), mangelt es seinen Aussagen nicht nur an Objektivität, vielmehr setzt er sich damit ausserhalb seiner engeren ärztlichen Tätigkeit advokatorisch für die Beschwerdeführerin ein.

**3.2.3** Anders als noch im Einwand gegen den Vorbescheid (AB 45) wird in der Beschwerde zu Recht nicht mehr geltend gemacht, die Beschwerdeführerin sei (auch) aus psychischen Gründen invalid. Diesbezüglich hat der psychiatrische Teilgutachter überzeugend dargelegt, dass sich die von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ beschriebene Depressivität anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht habe objektivieren lassen und sich auch keine kognitiven Defizite gezeigt hätten. Des Weiteren hat der Gutachter zu Recht darauf hingewiesen, dass die behandelnde Ärztin das diagnostisch vorrangige Problem des Alkoholmissbrauchs unzureichend berücksichtigt hat (AB 39.1 S. 34). Festzustellen ist vielmehr, dass

sie die entsprechende Problematik verharmlost (AB 45 S. 9). Die gutachterliche Beurteilung, wonach aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren sei, stimmt sodann mit der Einschätzung des Vorgutachters Dr. med. F. \_\_\_\_\_ überein (AB 36.2 S. 17). Die Beschwerdeführerin befindet bzw. befand sich zudem im Verfügungszeitpunkt (6. Mai 2015) auch nicht mehr in psychiatrischer Behandlung (BB 12 S. 4).

**3.3** Insgesamt ist mit dem voll beweiskräftigen MEDAS-Gutachten vom 21. Oktober 2014 (AB 39.1) erstellt, dass es an einer vom Alkoholmissbrauch unabhängigen Gesundheitsstörung fehlt bzw. die als Folge des Alkoholmissbrauchs entstandene Polyneuropathie keine massgebliche Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hat. Die Beschwerdegegnerin hat einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin gestützt auf das Gutachten zu Recht abgewiesen.

**3.4** Für das vorliegende Verfahren offensichtlich nicht relevant ist schliesslich die Verfügung des beco Berner Wirtschaft vom 3. Juni 2015 (BB 12), worin der Beschwerdeführerin gestützt auf die durch den Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ erstellten Arbeitsunfähigkeitsatteste für die Zeit vom 12. Dezember 2014 bis zum 31. März 2015 die Vermittlungsfähigkeit abgesprochen wurde, zumal dieser Entscheid nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 6. Mai 2015 (AB 56) erging und der Beschwerdegegnerin damit auch nicht bekannt sein konnte.

**3.5** Nach dem Gesagten ist die gegen die Verfügung vom 6. Mai 2015 (AB 56) erhobene Beschwerde unbegründet und abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

**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):
  - Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

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.