

200 15 558 IV  
KNB/LUB/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. April 2016**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Matti  
Gerichtsschreiber Lüthi

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. Mai 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1973 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals im Mai 2011 unter Hinweis auf eine Depression, eine Hypertonie, eine Migräne und eine rezidivierende Lumbago bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 2, 4). In der Folge nahm die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 12, 15) lehnte sie mit Verfügung vom 28. September 2011 (AB 20) das Leistungsbegehren mit der Begründung ab, es liege kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung vor. Diese Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Unter Hinweis auf eine chronische Depression, Schulterbeschwerden, eine Fussproblematik und eine Hypertonie meldete sich die Versicherte im Dezember 2014 bei der IVB erneut zum Leistungsbezug an (AB 22). Nachdem letztere weitere medizinische und erwerbliche Abklärungen getätigt hatte - insbesondere eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 19. Februar 2015 (AB 29 S.3 - 6) und die Akten der Krankentaggeldversicherung (AB 31.1), welche unter anderem Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 24. Dezember 2014 (AB 31.4) und von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH vom 24. Februar 2015 (AB 31.2) beinhalten, einholte - stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 23. März 2015 (AB 35) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Am 18. Mai 2015 verfügte die IVB entsprechend dem Vorbescheid (AB 37).

**C.**

Gegen die Verfügung vom 18. Mai 2015 (AB 37) erhob die Versicherte mit Eingabe vom 17. Juni 2015 Beschwerde und verwies darauf, dass sie die Angelegenheit ihrer Rechtsschutzversicherung übergebe und diese Beweismittel nachreiche.

Unter Bezugnahme auf die prozessleitende Verfügung vom 22. Juni 2015, reichte die Beschwerdeführerin, nunmehr vertreten durch die B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 8. Juli 2015 eine Beschwerdeergänzung ein. Sie beantragte, die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 18. Mai 2015 sei aufzuheben und es sei ihr Anspruch auf Leistungen der IV – im Lichte der neusten Rechtsprechung des Bundesgerichts – neu zu überprüfen. Zur Begründung führte sie namentlich aus, den Gutachten der Dres. med. D.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ könnten unter den neuen Umständen kein Beweiswert zugemessen werden. Der Anspruch auf Leistungen der IV sei unter dem Blickwinkel der neuen Rechtsprechung und unter Berücksichtigung der entsprechenden Fragestellung neu und ergebnisoffen zu prüfen. Die Persönlichkeit und der soziale Kontakt sei in den Gutachten nicht berücksichtigt worden, so dass sie nicht zur Ermittlung des Anspruchs auf Leistungen der IV herangezogen werden könnten.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 24. Juli 2015 auf Abweisung der Beschwerde und verzichtete auf eine Stellungnahme, wobei sie auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung verwies.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. Oktober 2015 forderte der Instruktionsrichter die Beschwerdegegnerin auf, eine ausführliche materielle Beschwerdeantwort einzureichen – beziehend auf die Beschwerdeergänzung und namentlich BGE 141 V 281 – bzw. eine allfällige Wiedererwägung zu prüfen.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. November 2015 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest und führte im Wesentlichen aus, den beiden Gutachten komme voller Beweiswert zu. Die Gutachten erlaubten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der neu massgebenden Indikatoren. Weiter habe weder aus psychiatrischer noch aus rheumatologischer Sicht eine

Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Dies habe zur Folge, dass die Praxisänderung des Bundesgerichts zur Beurteilung der somatoformen Schmerzstörung vorliegend keine Anwendung finde. Gemäss der Praxisänderung liege weiterhin keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder ähnlichen Erscheinungen beruhe. Gesamthaft betrachtet, komme dem Schmerzgeschehen aus rechtlicher Sicht, gemäss neuer Rechtsprechung, keine invalidisierende Wirkung zu.

## **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 18. Mai 2015 (AB 37). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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).

**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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

**2.3** Liegt eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, sind die nachfolgenden Grundsätze zu beachten, wobei diese auch für vergleichbare Beschwerden gelten, denn aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche psychosomatischen Leiden den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298, 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283).

**2.3.1** Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führt im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Ver-

halten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287).

**2.3.2** 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** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**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).

**2.6** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Die-

se Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

### **3.**

**3.1** Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung vom 22. Dezember 2014 (AB 22) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b S. 114 f.). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der unangefochten gebliebenen Verfügung vom 28. September 2011 (AB 20), mit welcher ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung abgelehnt wurde, und der angefochtenen Verfügung vom 18. Mai 2015 (AB 37) eine Veränderung in

den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.6 hiavor). Gegebenenfalls ist anschliessend der Rentenanspruch allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu beurteilen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**3.2** Die Verfügung vom 28. September 2011 (AB 20) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem Bericht der E. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2011 (AB 10 S. 7 f.).

Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, führte in diesem Bericht als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine protrahierte depressive Entwicklung und als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Hypertonie, eine Migräne, eine rezidivierende Lumbago, eine muskuläre Dysbalance, eine Adipositas, einen Status nach Cholezystolithiasis und einen Status nach Cholezystektomie 2009 auf (AB 10 S. 7). Die Patientin sei am 7. Juni 2010 notfallmässig in die Sprechstunde gekommen, weil sie sich zunehmend überfordert gefühlt habe. Die seit zehn Jahren dauernde Arbeit bei G. \_\_\_\_\_ sei ihr zu viel, sie habe keine Möglichkeit anderes zu erledigen. Sie werde gleichzeitig vom Sozialdienst unterstützt, der Ehemann zahle wenig Alimente. Immer wieder müsste sie weinen, sie schliefe schlecht, hätte immer Hunger und ässe viel zu viel (Gewichtszunahme). Die einzige Stütze sei der Bruder, der ihr moralisch und zum Teil auch finanziell helfe. Im Verlauf des Spätsommers, Herbsts und Winters habe sich die Situation mit der Depression weitgehend stabilisiert. Die Patientin möchte wieder arbeiten und sei seit Anfang 2011 auch intensiv auf Stellensuche. Die dauernden Absagen sowie der zunehmende finanzielle Druck hätten immer wieder zu depressiven Einbrüchen geführt, gegen die die Patientin mit grossem Mut ankämpfe. Da sie keine Ausbildung besitze, seien ihre Erfolgsaussichten im Arbeitsmarkt jedoch sehr schlecht. Nur mit grossem Einsatz könne sie die Kinder versorgen und die notwendige Tagesstruktur aufrechterhalten. Ab dem 1. November 2010 sei sie wieder zu 50 % arbeitsfähig (AB 10 S. 8).

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustands seit Erlass der Verfügung vom 28. September 2011 (AB 20) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.3.1** Im Bericht der Klinik H. \_\_\_\_\_ vom 9. Januar 2012 (AB 26 S. 14 - 19) über den stationären Aufenthalt vom 10. bis 28. Oktober 2011 diagnostizierten med. pract. I. \_\_\_\_\_ und Dr. med. J. \_\_\_\_\_ eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Die behandelnden Ärzte interpretierten die Symptomatik im Rahmen einer mittelgradigen depressiven Episode. Unter der medikamentösen Therapie habe sich der Zustand der Patientin rasch gebessert. Während des Aufenthalts habe sie sich ruhig, kooperativ, absprachefähig und zu keinem Zeitpunkt selbst- oder fremdgefährdet präsentiert. Sie habe bald die Rückkehr zu ihren Kindern gewünscht, woraufhin sie am 20. Oktober 2011 aus dem stationären Rahmen entlassen worden sei, mit der Vereinbarung sich anschliessend vorübergehend als Tagespatientin auf der Station weiter betreuen zu lassen. Allerdings habe die Patientin die vereinbarten Termine nicht wahrgenommen (AB 26 S. 15).

**3.3.2** Anlässlich der konsiliarischen Beurteilungen vom 23. und 30. Mai 2013 hielt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, als Diagnosen postinfektiöse Atemnotepisoden (normale Lungenfunktion, neg. Methacholinbronchoprovokation), ein sistiertes Rauchen, eine arterielle Hypertonie und eine Adipositas fest (AB 26 S. 9). Die Patientin berichte über eine seit zwei Jahren bestehende Atemnot, welche primär im Rahmen von Infekten auftrete. Zusätzlich bestünden Atembeschwerden aber auch während der Arbeit mit Mehlstaubexposition. Dies lasse an ein Asthma bronchiale denken. Die heute durchgeführte Lungenfunktionsprüfung habe normale statistische und dynamische Atemvolumina ohne Hinweise einer obstruktiven oder restriktiven Ventilationsstörung gezeigt. Auch das NO (Stickoxid) in der Ausatemluft als Hinweis einer eosinophilen Entzündung der Atemwege sei normwertig ausgefallen. Bei Normalbefunden sei nach pausieren von Onbrez eine Metacholinbronchoprovokation veranlasst worden, welche keine bronchiale Hyperreagibilität habe dokumentieren lassen. Die Verdachtsdiagnose scheine aufgrund der Befunde sehr unwahrscheinlich. Konventionellradiologisch fänden sich kei-

ne schlüssigen Hinweise für die Atemnot. Nebst den Infekten dürfte die Adipositas eine Triggerfunktion spielen (AB 26 S. 10).

**3.3.3** Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte am 9. November 2013 eine Calcaneodynie rechts (Verdickung der Plantaraponeurose am calcanearen Ansatz, keine Hinweise für entzündliche Sehnenansatzveränderungen, Knick-Senk- und Spreizfüsse bds. rechtsbetont), beginnende degenerative Kniegelenksveränderungen links (DD Meniskuspathologie), eine arterielle Hypertonie, ein Nierensteinleiden rechts 2012 und eine Cholezystektomie 2004 (AB 26 S. 4).

**3.3.4** Am 18. Dezember 2014 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ internistisch-rheumatologisch exploriert. Im diesbezüglichen Gutachten vom 24. Dezember 2014 (AB 31.4) hielt er zuhanden der Krankentaggeldversicherung die folgenden Diagnosen fest:

**Mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**

1. Keine

**Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**

2. Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom
  - nicht ausreichend somatisch abstützbar
  - primäres Fibromyalgie-Syndrom
  - nicht dermatombezogene Hyposensibilität der ganzen rechten Körperhälfte inklusive der Stirnregion für ausschliesslich taktile Reize bei allseits normalem Lage- und Vibrationssinn
  - betont im Bereich der rechten im Vergleich zur linken Körperhälfte
  - Panalgie
  - diffuse Druckschmerzangabe
  - Polyarthralgien axialer und vieler peripherer Gelenke
  - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Bauchraum, Brennen im Brustkorb, Atembeschwerden, Schwitzen, Kältegefühl der Füsse
3. Thorakalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten
4. Adipositas mit Body-Mass-Index von 37,8 kg/m<sup>2</sup>
5. Gestörte Gluconeogenese
6. Laborchemische Hepatopathie
7. Anamnestisch Reizmagen-Syndrom
8. [...]

**Aus somatischer Sicht nicht beurteilt:**

9. Anamnestisch „Depression“ (AB 31.4 S. 7).

Die Versicherte schildere diffuse Druckschmerzen, die 14 der 18 an typischer Lokalisation gelegene Fibromyalgie-Triggerpunkt-Zonen umfassten. Diese diffuse Druckschmerzangabe könne vordergründig nicht auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden, zumal auch kein korrelierender klinisch-pathologischer Befund, wie eine Myogelose oder ein Triggerpunkt, objektiviert werden könne. Bei der Versicherten sei ein primäres Fibromyalgie-Syndrom gemäss den ACR-Diagnosekriterien für ein Fibromyalgie-Syndrom möglich, wobei diese nicht vordergründig auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden könne. Somit könne anlässlich der aktuellen Begutachtung bezüglich des geschilderten chronisch generalisierten Schmerzsyndroms neu die Diagnose eines primären Fibromyalgie-Syndroms gestellt werden (AB 31.4 S. 9). Aufgrund der schmerzvermittelnden Mimik und Gestik, der diffusen Druckdolenz und der von der Versicherten geschilderten Beschwerden sei insgesamt von vordergründig nicht somatisch abstützbaren Beschwerden auszugehen. Allgemeininternistisch sei abgesehen von der Adipositas, kein relevanter klinisch pathologischer Befund objektivierbar. Insgesamt seien die von der Versicherten geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. In einer derartigen Situation seien grundsätzlich krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren (AB 31.4 S. 13). Bezüglich der Belastbarkeit gelte es darauf hinzuweisen, dass sich die Versicherte im Rahmen ihres Übergewichts körperlich belaste. Ein Übergewicht führe per se zu einer körperlichen Belastung und erhöhe zudem das Risiko für die Entwicklung von allgemeininternistischen Komplikationen. Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die von der Versicherten zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Für Haushaltarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich krankheitsfremde Faktoren, wie beispielsweise länger anhaltende berufliche Abstinenz, gekündigtes Arbeitsverhältnis, Alter der Versicherten, Mehrfachbelastung als Mutter

und als Alleinerziehende, ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation auswirken (AB 31.4 S. 15).

**3.3.5** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 20. Januar 2015 (AB 26 S. 1 f.) folgendes auf:

**Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Chronisch rezidivierende Depression
2. Rezidivierende Lumbago bei Osteochondrose L4 – S1, Spondylarthrose, Reizergüsse
3. Chronische Zervikobrachialgie, MRI HWS: C6-Reizsyndrom
4. Protrahierte Calcaneodynie links, Calcaneodynie rechts 2014, Knick-Senkfuss, Spreizfüsse, beidseitige Infiltrationen
5. Protrahierte Bronchitis, Asthma bronchiale

**Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Hypertonie
2. Migräne
3. Status nach Gastritis 2009, Cholezystektomie 2009
4. Verdacht auf Nierenstein 2012

Die letzte schwere Krise der rezidivierenden Depression sei im 2011 gewesen, damals u.a. mit Zuweisung in die Klinik H. \_\_\_\_\_ zur kurzzeitigen stationären Behandlung. In der Folge sei immer wieder eine psychotherapeutische Begleitung innerhalb der Praxis, einerseits hausärztlich und andererseits delegiert psychotherapeutisch durchgeführt worden. Aktuell erfolge eine Unterstützung durch Medikamente (AB 26 S. 1). Die Patientin habe als alleinerziehende Mutter über die Jahre die Kinder erzogen, gleichzeitig immer wieder Teilzeitarbeit geleistet. Im Rahmen der verschiedenen Verletzungen und der Lebensgeschichte habe sie bereits 2011 eine Erschöpfungsdepression erlitten, von welcher sie sich mit stationären, ambulanten und therapeutischen Massnahmen einigermaßen erholt habe. Allerdings sage sie, dass sie seither nie mehr gleich belastbar gewesen sei. Trotzdem habe sie versucht vom Sozialdienst unabhängig ihr Leben weiter zu meistern. Im Verlauf von 2014 sei es zunehmend wieder zu Überlastungssymptomen gekommen, initial im Bereich des Bewegungsapparates (Lumbago, Zervikalsyndrom, Calcaneodynie) und nun seit Oktober zunehmend zu einer depressivem Symptomatik. Ein stationärer Aufenthalt in einer Höhenklinik, auch wegen dem Husten und Asthma sei geplant. Aktuell sei die Patientin in keiner Art und Weise arbeitsfähig (AB 26 S. 2).

**3.3.6** Der RAD-Arzt, Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vermerkte in seiner Stellungnahme vom 19. Februar 2015 (AB 29 S. 3 - 6) als Diagnosen rezidivierende Depressionen und eine chronische generalisierte Schmerzerkrankung (primäre Fibromyalgie). Die Versicherte mache in ihrer Anmeldung vom 22. Dezember 2014 gesundheitliche Beschwerden im Rahmen einer Depression und muskuloskelettaler Probleme geltend. Im Rahmen der Hospitalisation vom Oktober 2011 in der Klinik H. \_\_\_\_\_ sei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt und eine medikamentöse antidepressive Kombinationstherapie begonnen worden. Das von der Klinik anschliessend vorgesehene ambulante Therapieprogramm sei von der Versicherten aber nicht wahrgenommen worden. Gemäss hausärztlichem Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ sei bei der Diagnose einer chronisch rezidivierenden Depression eine psychotherapeutische Begleitung intermittierend immer wieder durchgeführt worden, auch stehe die Versicherte zurzeit unter einer Medikation mit Fluoxetin. Mit dieser psychiatrischen Diagnose lasse sich aber die vom Hausarzt erwähnte anhaltende 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit nicht ausreichend begründen. Die angegebenen muskuloskelettalen Beschwerden seien ausführlich im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung untersucht und beurteilt worden. Die dort gemachte Schlussfolgerung einer chronischen generalisierten Schmerzerkrankung mit einer primären Fibromyalgie sei ausreichend begründet. Damit könne auch keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründet werden. Das vom Hausarzt erwähnte Asthma bronchiale habe nach fachärztlicher pneumologischer Untersuchung auch mit den entsprechenden apparativen Zusatzuntersuchungen nicht diagnostiziert werden können (Konsultationsbericht vom 29. Mai 2013). Die postinfektiösen Atemnotepisoden liessen eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit nicht begründen (AB 29 S. 5).

**3.3.7** Im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 24. Februar 2015 (AB 31.2) hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ zuhanden der Krankentaggeldversicherung fest, dass aktuell keine krankheitswertige psychische Störung, kein durchgehendes depressives Syndrom festgestellt werden könne. Das vordiagnostizierte (2011) Auftreten einer mittelgradigen depressiven Episode sei unter fortlaufender antidepressiver Behandlung remittiert (AB 31.2 S. 12). Zusammengefasst dürfe unter bewusster Ausserachtlassung der

körperlichen Faktoren festgestellt werden, dass die Versicherte unter den belastenden Faktoren des Arbeitsplatzverlustes nicht wieder ein derartiges depressives Syndrom erlitten habe, dass sie dadurch intensiver behandlungsbedürftig würde oder in ihrer zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit eingeschränkt wäre. Der Umstand, dass der Hausarzt ein modernes Antidepressivum verordne und womöglich auch ein schlafregulierendes Medikament, auch dass sie bei ihm therapeutisch supportive Gespräche wahrnehme, sei als angemessene Form der ärztlichen Unterstützung anzusehen, ohne dass sich daraus per se eine Minderung der zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit ergebe. Die genannten Belastungsfaktoren seien allesamt nachvollziehbar und stellten krankheitsfremde Faktoren für den Umstand dar, dass die Versicherte aktuell keine Arbeitstätigkeit ausübe. Es werde ebenfalls die weitere psychopharmakotherapeutische Unterstützung empfohlen. Es werde vor allem keine Dreischicht und wechselnde Nachtarbeit empfohlen im Sinne einer „Phasenprophylaxe“ und einer Achtsamkeit, keine weiteren Triggerfaktoren für eine psychische Symptomatik in Kauf zu nehmen (AB 31.2 S. 16).

**3.3.8** Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens legte die Beschwerdeführerin einen Bericht des Spitals N. \_\_\_\_\_ vom 30. Juni 2015 (Beschwerdebeilage [BB 2]) über die stationäre Abklärung und Behandlung vom 9. bis 27. Juni 2015 ins Recht. Darin führten die behandelnden Ärzte folgende Diagnosen auf:

1. Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwere Episode
2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
  - lumbosakral, zervikobrachial, kalkaneal
  - MRI LWS Juni 2014: Linkskonvexe Skoliose der LWS, Osteochondrose L4 – S1, Spondylarthrose, Reizergüsse
  - Abdomen-Ultraschall nativ März 2014: Keine Hinweise für eine Urolithiasis oder Harnabflussbehinderung
  - MRI HWS Juli 2013: Keine Hinweise auf traumatische Diskushernie oder Beeinträchtigung der C8-Wurzel rechts. Keine Hinweise auf traumatische ossäre oder ligamentäre Läsion
3. Arterielle Hypertonie
4. Adipositas
5. Weitere Diagnosen
  - Status nach Gastritis 2009
  - Cholezystektomie 2009
  - Aktenanamnestisch Migräne

Differentialdiagnostisch sei bei der Patientin an eine Fibromyalgie zu denken. Zudem bestehe eine rezidivierende depressive Störung. Aktuell habe sich bei Eintritt klinisch eine mittelschwere depressive Episode verbunden mit erhöhter Anspannung, Ohnmachtsgefühl und Zukunftsängsten gezeigt. Bei der Entwicklung der aktuell im Vordergrund stehenden Schmerzen sei von einem somatischen Auslöser bei anhaltender Fehlbelastung aber auch von einer massgeblichen somatosensorischen Schmerzverstärkung bei Depression und einer zugrunde liegenden Hyperalgesie (algometrisch bestätigt) auszugehen (BB 2 S. 2). Während dem Aufenthalt sei auch eine Sozialberatung durchgeführt und zum letztmöglichen Termin ein Rekurs bezüglich des ablehnenden IV-Entscheidens eingereicht worden. In dieser Hinsicht werde für berufliche Massnahmen plädiert. Die Patientin sollte bei einer stufenweise zu erfolgenden beruflichen Reintegration im Rahmen einer der momentanen gesundheitlichen Situation angepassten Tätigkeit dringend unterstützt und begleitet werden. Es sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 9. Juni bis 31. Juli 2015 attestiert worden (BB 2 S. 3).

**3.4** 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).

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

**3.5** Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. Mai 2015 (AB 37) stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf die von der Krankentaggeldversicherung veranlassten Gutachten. Sowohl die internistisch-rheumatologische Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 24. Dezember 2014 (AB 31.4) als auch die psychiatrische Beurteilung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 24. Februar 2015 (AB 31.2) erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4 hiervoor) und überzeugen. Sie beruhen auf einlässlichen Untersuchungen, wurden in Kenntnis der Vorakten, nach Auseinandersetzung mit jenen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. In der Darlegung der medizinischen Situation sind sie widerspruchsfrei und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Es finden sich weder Hinweise für eine Unrichtigkeit der Gutachten noch Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilungen sprechen. Folglich kommt den Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

Die differenzierte internistisch-rheumatologische Einschätzung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ korreliert mit der übrigen medizinischen Aktenlage und überzeugt. So vermochte dieser anhand der Exploration vom 18. Dezember 2014 sowie der klinischen bzw. bildgebenden Befunde keine Dia-

gnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festzustellen (AB 31.4 S. 1 - 7, 11), wobei er sich eingehend und kritisch auch mit den divergierenden ärztlichen Berichten auseinandersetzte (AB 31.4 S. 11, 13 - 14). Hieran vermögen auch die Berichte von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 29. Mai 2013 (AB 26 S. 9 f.), von Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 9. November 2013 (AB 26 S. 4 f.) und von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 20. Januar 2015 (AB 26 S. 1 f.) nichts zu ändern. Diese enthalten keine Befunde bzw. wichtigen Aspekte, welche im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). So überzeugt seine Schlussfolgerung, die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die von der Versicherten zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen (AB 31.4 S. 15). Dr. med. C. \_\_\_\_\_ weist insbesondere darauf hin, die aktualisierten Röntgenaufnahmen der ganzen Wirbelsäule dokumentierten in keinem axialen Bewegungssegment eine relevante Fehllhaltung, eine Arthrose oder einen Hinweis auf eine entzündliche Veränderung (AB 31.4 S. 11). Die im Bereich der Füsse geschilderten Beschwerden, wie auch die generalisiert geschilderten Beschwerden wiesen auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin; die kortisonhaltigen Infiltrationen hätten gemäss der Versicherten nicht zu einer markanten Beschwerdelinderung geführt (AB 31.4 S. 12). Die vom Hausarzt erwähnten Osteochondrosen lumbal kämen in den aktualisierten Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule nicht zur Darstellung (AB 31.4 S. 14). Hinzu kommt, dass sich Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 20. Januar 2015 (AB 26 S.1) nicht mit den vom Gutachter einleuchtend dargestellten sowie den erhobenen Diskrepanzen zwischen Beschwerdeschilderung und Befunderhebung auseinandersetzt. Ebenso wenig enthält der Bericht eine differenzierte und nachvollziehbare Begründung für die abweichend beurteilte Arbeitsfähigkeit, weshalb die pauschale Einschätzung, die Patientin sei aktuell in keiner Art und Weise arbeitsfähig (AB 26 S. 2) nicht zu überzeugen vermag.

Ausserdem vermag er auch das versicherungspsychiatrische Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 24. Februar 2015 (AB 31.2) nicht in Frage zu stellen, zumal Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nicht über die erforderliche fachärztliche Kompetenz zur Beurteilung des psychischen Krankheitsverlaufs ver-

fügt. Sodann ist in Bezug auf Atteste von Hausärzten Rechnung 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; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Dr. med. D. \_\_\_\_\_ legt klar und schlüssig dar, dass aktuell keine krankheitswertige psychische Störung, kein durchgehendes depressives Syndrom vorliegt und die vordiagnostizierte mittelgradige depressive Episode, unter fortlaufender antidepressiver Behandlung, remittiert ist. An diesem Ergebnis ändert auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht des Spitals N. \_\_\_\_\_ vom 30. Juni 2015 (BB 2) über die stationäre Behandlung vom 9. bis 27. Juni 2015 nichts, beschränkt sich nach ständiger Rechtsprechung die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung (hier: vom 18. Mai 2015; AB 37) entwickelt haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220; 130 V 138 E. 2.1 S. 140; 121 V 336). Die Vorbringen und Beweise bezüglich der seitherigen gesundheitlichen Entwicklung, insbesondere der Hinweis, die Beschwerdeführerin leide unter einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell unter einer mittelschweren Episode, und sie habe aufgrund der psychosomatischen Beschwerden im Juni 2015 hospitalisiert werden müssen (Beschwerde S. 2 f.), haben deshalb unberücksichtigt zu bleiben.

**3.6** In Anbetracht der Einschätzungen der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ erscheint es fraglich, ob überhaupt eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 2.6 hiervor), zumal die Gutachter aus somatisch-rheumatologischer wie auch aus psychiatrischer Sicht der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit nach wie vor eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit attestieren (AB 31.2 S. 18, AB 31.4 S. 15). Hinzu kommt, dass Anzeichen für einen Ausschlussgrund vorliegen (BGE 131 V 49 und 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f.), wurde doch im psychiatrischen Gutachten ein deutliches bewusstes Ausdrucksverhalten beschrieben

(AB 31.2 S. 15). Beruht eine Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Ob im massgebenden Vergleichszeitraum eine potentiell revisionsrelevante Änderung des Gesundheitszustands eingetreten ist, kann hier jedoch offen gelassen werden. Denn selbst wenn ein Revisionsgrund vorläge und damit eine freie Prüfung unter Berücksichtigung der neusten Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 141 V 281) zu erfolgen hätte (vgl. E. 3.1 hiervor) ergäbe sich, wie nachfolgend aufgezeigt wird (vgl. E. 4 hiernach), kein invalidisierender Gesundheitsschaden.

#### 4.

**4.1** Auch wenn die Gutachten der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ vom 24. Dezember 2014 (AB 31.4) bzw. 24. Februar 2015 (AB 31.2) in diagnostischer Hinsicht überzeugen, so kann nicht unbesehen auf deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, wonach die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig sei. Die Frage der Arbeitsfähigkeit ist gemäss der (geänderten) Rechtsprechung (BGE 141 V 281) unter Beachtung der neu geschaffenen Indikatoren zu beantworten (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 f.), was eine Rechtsfrage darstellt (BGE 141 V 281 E. 5 S. 304). Dabei verlieren die nach altem Standard eingeholten Expertisen gemäss Bundesgericht nicht per se ihren Beweiswert (vgl. E. 3.4 hiervor) und es ist zu prüfen, ob die Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben (vgl. E. 2.3.2 hiervor). Im vorliegenden Fall können die Gutachten ohne weiteres beigezogen werden, da mit deren Hilfe die entscheidenden Fragen beantwortet werden können (vgl. E. 4.2 ff. hiernach).

**4.2** Im Rahmen der Kategorie *funktionaler Schweregrad* (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex *Gesundheitsschädigung* zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.). Hierzu ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht übermässig ist. Laut Darstellung der Aktivitäten des täglichen Lebens gibt die Beschwerdeführerin gegenüber dem psychiatrischen Gutachter an, nach dem Wecken des Sohnes lege sie sich

noch einmal bis ca. 10.30 Uhr hin. Währenddessen höre sie etwas Musik. Danach bereite sie auch schon etwas für den Sohn zum Essen vor, wenn dieser mittags von der Schule komme. Putzen könne sie nur ganz wenig, weil sie dafür längere Zeit brauche. Am Nachmittag liege sie wiederum und schaue Fernsehen, auch habe sie mit der Nachbarin oder mit Kolleginnen Kontakt. Nach dem Abendessen mache sie einen Spaziergang im Quartier. Als älteste Tochter habe sie noch die Verantwortung für die Mutter übernommen und gehe beispielsweise mit ihr zum Arzt oder erledige deren Rechnungen (AB 31.2 S. 8). Des Weiteren sind auch die Abweichungen in Bezug auf die Beschwerdeangaben und die objektiven Befunde zu berücksichtigen. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ beschrieb, während der klinischen Untersuchung setzte eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik ein, die vordergründig nicht mit einem bekannten somatisch-pathologischen Krankheitsbild begründet werden könne (AB 31.4 S. 8). Er beurteile die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatischen-pathologischen Befunde abstützbar, weshalb grundsätzlich krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren seien (AB 31.4 S. 13). Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt fest, anlässlich der psychiatrischen Untersuchung sei ein deutliches Ausdrucksverhalten erkannt worden, das allerdings nicht Hinweis auf eine aktuell gravierende psychische Symptomatik als Ausdruck einer primär psychischen Störung gebe (AB 31.2 S. 15). Selbst wenn diese Abweichungen die rechtserhebliche Gesundheitsschädigung nicht von vornherein ausschliessen sollten, stellen sie doch ein gewichtiges Indiz gegen eine starke Auswirkung der medizinisch festgestellten Diagnosen dar. Betreffend *Behandlungserfolg oder -resistenz* (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin auf Nachfrage angab, aktuell in keiner psychiatrischen oder psychologischen Behandlung zu stehen (AB 31.2 S. 8). Dr. med. D.\_\_\_\_\_ empfahl die weitere psychopharmakotherapeutische Unterstützung und führte diesbezüglich aus, dass die Versicherte „weiterhin Antidepressiva nehmen müsse“, sei als solches nicht ein Hinweis auf eine Minderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit, sondern sei auf eine länger dauernde adäquate Psychopharmakotherapie im Sinne auch der Vorbeugung für eine

Verschlechterung oder einem erneuten überschwelligem Auftreten einer krankheitswertigen depressiven Episode abzubilden (AB 31.2 S.16). Bei dieser Ausgangslage kann selbstredend nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapie ausgegangen werden. Auch dieser Indikator spricht gegen eine rechtserhebliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit. Die bisherigen Kriterien der *psychiatrischen Komorbidität* und *körperlichen Begleiterkrankung* wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Eine massgebliche Komorbidität ist nicht ausgewiesen. Aus psychiatrischer Sicht findet sich keine eigenständige psychische Störung (AB 31.2 S. 12 und 16) und die somatischen Befunde sind derart diskret ausgeprägt, dass damit keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einhergeht (AB 31.4 S. 15).

Vom Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist nur dort Gebrauch zu machen, wo er sich eignet, zur Klärung der funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung beizutragen. Dies ist hier nicht der Fall, zumal anlässlich der psychiatrischen Begutachtung keine Symptome einer Persönlichkeitsstörung oder Wesensveränderung beschrieben wurden und auch keine Hinweise auf eine verminderte Affektsteuerung oder Impulskontrollstörungen bestehen (AB 31.2 S. 11).

Der Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht klar gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch nicht unbedeutende Ressourcen bereit. Es besteht ein Beziehungsnetz, indem die Beschwerdeführerin regelmässig Familienangehörige, eine Nachbarin und Kolleginnen trifft. Sie sieht täglich ihre Mutter, begleitet diese zum Arzt und erledigt für sie administrative Arbeiten (AB 31.2 S. 8 f.).

**4.3** Unter der Kategorie *Konsistenz* sind verhaltensbezogene Aspekte zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.). *Gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen* (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) lassen sich nach

den anamnestischen Angaben im Gutachten vom 24. Februar 2015 (AB 31.2) nicht erkennen. Diesbezüglich ist wiederum auf die Aktivitäten des täglichen Lebens zu verweisen, wonach die Beschwerdeführerin täglich ihre Mutter unterstützt, sich mit einer Nachbarin oder mit Kolleginnen trifft und nach dem Abendessen im Quartier Spazieren geht. Zudem hatte sie im Januar 2015 Besuch von Familienangehörigen aus ... und ... und sie unternahm auch einen Ausflug mit ihrer Schwester nach ... und ging dort essen (AB 31.2 S. 8). Freude hat sie auch am Lesen (AB 31.2 S. 9). Diese genannten Aktivitäten sprechen für eine Inkonsistenz zu den geltend gemachten Einschränkungen im Erwerb.

Was den Indikator der *Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen* anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), spricht die fehlende fachärztlichen psychiatrischen Behandlung (AB 31.2 S. 8) gegen einen erheblichen Leidensdruck (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 24. Juni 2015, 8C\_283/2015, E. 4.2.2).

**4.4** Gesamthaft führen die vorerwähnten Indikatoren zum Schluss, dass das von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ neu diagnostizierte chronische, generalisierte Schmerzsyndrom (primäres Fibromyalgie-Syndrom) nicht invalidisierend ist (vgl. E. 2.3.2 hiervor).

**4.5** Nach dem Dargelegten besteht weder in somatischer noch in psychiatrischer (vgl. E. 3.5 und E. 4.2 ff. hiervor) Hinsicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden. Der Sachverhalt ist gestützt auf die vorliegenden Gutachten hinreichend erstellt, weshalb auf weitere Beweismassnahmen in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Da keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 f. hiervor) vorliegt, fehlt es an der grundsätzlichen Voraussetzung für Leistungen der Invalidenversicherung.

**5.** Die angefochtene Verfügung vom 18. Mai 2015 (AB 37) erweist sich damit als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist als offensichtlich unbegründet abzuweisen. Soweit die Zeit nach der angefochtenen Verfügung betreffend – d.h. was die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verschlechterung anbelangt (Beschwerde S. 2 f.) – ist ausgehend von Ziff. 10 der Beschwerdeantwort darauf hinzuweisen, dass die

Beschwerdeführerin gegebenenfalls durch Neuanschuldung wieder an die IV-Stelle gelangen könnte. Allerdings ist bereits an dieser Stelle zu bemerken, dass ein bloss reaktives Geschehen (auf einen negativen IV-Entscheid), rechtsprechungsgemäss keine länger dauernde Erwerbsunfähigkeit zu begründen vermag (BGE 127 V 299 E. 5a; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, Art. 4 N. 73; Entscheid des BGer vom 18. November 2015, 9C\_125/2015, E. 7.2.1 mit Hinweisen).

## **6.**

**6.1** 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

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

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

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - 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.