

200 15 994 IV  
SCI/SCM/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. Februar 2016**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Matti  
Gerichtsschreiberin Schädeli

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Oktober 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1957 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 1. März 2004 unter Hinweis auf eine viral ausgelöste Myositis bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 1). Mit Verfügung vom 13. Oktober 2005 (act. II 27) erteilte die IVB Kostengutsprache für eine vom 29. August 2005 bis 22. Dezember 2008 bzw. 31. März 2009 (vgl. act. II 57) dauernde Weiterbildung im Bereich ... mit Masterabschluss. Auf Anraten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 49) holte die IVB nach Ausbildungs- bzw. Umschulungsabschluss ein polydisziplinäres Gutachten, datierend vom 9. Juli 2009 (act. II 63), ein und verfügte am 28. September 2009 (act. II 69) – nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 67) – die Abweisung des Rentenanspruchs. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Am 8. März 2012 (act. II 78) wandte sich die Versicherte unter Hinweis auf die erfolglose Stellensuche wiederum an die IVB, welche einen Anspruch auf Arbeitsvermittlung mit Mitteilung vom 18. Juni 2012 (act. II 84) verneinte.

### **B.**

Unter Hinweis auf Depressionen meldete sich die Versicherte am 23. Dezember 2013 bei der IVB erneut zum Leistungsbezug an (act. II 91). Nachdem letztere weitere medizinische und erwerbliche Abklärungen getätigt, insbesondere ein psychiatrisches Gutachten vom 9. November 2014 (act. II 109.1, vgl. auch Rückfragen zum Gutachten unter act. II 126) und einen Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 13. Februar 2015 (act. II 116) eingeholt hatte, stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 28. August 2015 (act. II 130) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach dagegen vom Rechtsvertreter, Fürsprecher B. \_\_\_\_\_, erhobenem Einwand (act. II 134) verfügte die IVB am 20. Oktober 2015

(act. II 136) wie angekündigt. Dabei erwog sie im Wesentlichen, dem Schmerzgeschehen komme auch gemäss neuester Rechtsprechung des Bundesgerichts keine invalidisierende Wirkung zu.

### **C.**

Hiergegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Fürsprecher B.\_\_\_\_\_, am 10. November 2015 Beschwerde. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge lässt sie die folgenden Anträge stellen:

1. Die Verfügung vom 20. Oktober 2015 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen.
3. Eventualiter sei das Dossier zur Bestimmung des Invaliditätsgrades und allenfalls für weitere Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen.

Im Wesentlichen lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, die Schmerzstörung stehe nicht im Vordergrund. Zentral sei die depressive Störung. Auf eine solche sei die neuste Rechtsprechung nicht anwendbar.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Dezember 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

### **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 20. Oktober 2015 (act. II 136). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

**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).

**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 Einschrän-

kungen 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** 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.

**2.4** 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).

**2.5** 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).

Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsäch-

lich 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 Neuanmeldungsverfahren – 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 Neuanmeldung vom 23. Dezember 2013 (act. II 91) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen gilt es zunächst, ob im Vergleich zur letzten rechtskräftigen Abweisung des Leistungsgesuchs am 28. September 2009 (act. II 69) im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Oktober 2015 (act. II 136) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiervor). 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** In medizinischer Hinsicht hat sich die Beschwerdegegnerin bei Erlass der rentenabweisenden Verfügung vom 28. September 2009 (act. II

69) im Wesentlichen auf das Gutachten des C.\_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 9. Juli 2009 (act. II 63) gestützt:

Vom 15. bis 19. Juni 2009 war die Beschwerdeführerin in den Fachbereichen Rheumatologie und Psychiatrie sowie in allgemein-internistischer Hinsicht stationär begutachtet worden. Im Konsens aller beteiligten Gutachter war mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mögliche, milde Polymyositis, Diagnose 10/2003, bei aktuell leichtgradiger proximaler Muskelschwäche sowie psychogener Mitbeteiligung im Sinne einer nicht näher bezeichneten somatoformen Störung diagnostiziert worden. Weiter stellten die Ärzte verschiedene Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23 Ziff. 4).

In ihrer angestammten Tätigkeit als ... in eigener ... sei die Explorandin zu etwa 30 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die Gutachter gingen davon aus, dass initial aus somatischer / rheumatologischer Sicht möglicherweise eine höhere Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, die Arbeitsfähigkeit zwischenzeitlich durch die abdominale Symptomatik ebenfalls kompromittiert gewesen sei, ohne dass hier genaue Angaben möglich wären. Immerhin habe die Explorandin ihre berufliche Tätigkeit nie vollständig aufgegeben, sie habe parallel dazu eine Umschulung absolviert. Aus somatischer Sicht seien auch unterschiedliche Arbeitsfähigkeiten angenommen worden. Der rein somatische Anteil an der bestehenden Einschränkung in der angestammten Tätigkeit werde als gegenüber dem psychischen Leiden im Hintergrund stehend beurteilt, ohne dass genaue Angaben gemacht werden könnten. Aus psychiatrischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit aufgrund der nicht näher bezeichneten somatoformen Störung eingeschränkt; aufgrund der diagnostizierten psychosomatischen Mechanismen werde doch eine gewisse Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in rein körperlicher Tätigkeit attestiert. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % (siehe oben) sei das psychische Leiden gegenüber dem somatischen aber im Vordergrund stehend. In der aktuell absolvierten Weiterbildung mit Masterabschluss bestehe hingegen eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Die von der Explorandin gewünschte Aufteilung einer 50%igen praktischen und 50%igen Tätigkeit in ... und ... sei ohne weiteres zumutbar. Insofern bestehe nach Abschluss

der erfolgreichen Umschulung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr (S. 25 f. Ziff. 5.3).

**3.3** Betreffend die Zeit nach Erlass der Verfügung vom 28. September 2009 (act. II 69) lassen sich den Akten bezüglich des medizinischen Verlaufs im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.3.1** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, führte im Bericht vom 10. Mai 2012 (act. II 83, vgl. auch act. II 96) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit 2002 bestehende chronische Muskelbeschwerden (Polymyositis), eine seit 2007 bestehende Rotatorenmanschettenruptur / AC-Gelenksarthrose sowie eine seit 2012 bestehende reaktive Depression auf. Er stellte zudem Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als objektive Befunde führte er Antriebslosigkeit, Stimmungslabilität und depressive Gedanken bis hin zu Suizidgedanken auf. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe seit dem 18. Januar 2012 eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von ca. drei Stunden pro Tag eine Leistungsverminderung im Sinne von leicht reduzierter Kraft und Ausdauer attestiert wurde. Sofern eine entsprechende Aufgabe gefunden werden könne, sei die Prognose relativ gut.

**3.3.2** Im Bericht vom 9. Februar 2014 (act. II 97) diagnostizierte Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.2), anamnestisch seit ca. 2012, sowie eine chronische subakute Polymyositis, Diagnose seit 2003, Beschwerden seit 2001. Betreffend die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verwies sie auf die körperlichen Diagnosen gemäss Hausarzt (Dr. med. D.\_\_\_\_\_. Für eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit verwies sie ebenfalls auf den Hausarzt.

**3.3.3** In dem in Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellten monodisziplinären Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 9. November 2014 (Untersuchung vom 24. Juli 2014; act. II 109.1) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 16 Ziff. 5):

a) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD10 F33.11)
2. Polymyositis mit subakut chronischem Verlauf
3. Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (ICD10 45.9)
4. Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD10 Z73.1)

b) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

5. Anamnestisch Chronic-Fatigue-Syndrom
6. Anamnestisch Laktoseintoleranz
7. Anamnestisch unspezifische Darmentzündung

Vor dem Hintergrund der aus psychopathologischen Gründen entstandenen Lebens Einschränkungen der Explorandin sowie ihren affektiven Schwankungen und der somatischen Erkrankung müsse aus psychiatrischer Sicht von einer 50%igen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit – bezogen auf ein 100%iges Tagespensum – ausgegangen werden. Im Vordergrund stünden seit Januar 2012 die rezidivierenden depressiven Episoden mittelschweren bis schweren Ausmasses, begleitet von akuter bzw. subakuter Suizidalität. Laut Aktenlage müsse davon ausgegangen werden, dass die Verschlechterung des psychischen Zustands, die zur 50%igen Arbeitsunfähigkeit geführt habe, schleichend eingetreten sei. Ab Januar 2012 würden sie derart beschrieben, dass allein daraus aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht eine begründete 50%ige Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden könne. Somit müsse festgehalten werden, dass bei der Explorandin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab diesem Zeitpunkt eine invalidisierende psychiatrische Krankheit die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu insgesamt 50 % beeinträchtigt habe (S. 21 f. Ziff. 7). Hinsichtlich der Prognose führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus, diese sei ernst. Das Leiden sei multifaktoriell und chronifiziert. Die körperliche Erkrankung, seit 2001 bestehend, habe einen chronisch subakuten Verlauf. Seit mindestens 2012 kämen rezidivierende depressive Episoden mittelschweren bis schweren Ausmasses mit somatischem Syndrom hinzu. Bei unsicherer Prognose könne davon ausgegangen werden, dass mit einer Intensivierung und Durchführung einer adäquaten psychotherapeutischen Behandlung sowie der Fortführung der psychopharmakologischen Behandlung eine Stabilisierung des psychischen Zustandes erreicht werden könne. Inwieweit je wieder eine mindes-

tens 70%ige Arbeitsfähigkeit erlangt werden könne, könne aus heutiger gutachterlicher Sicht nicht prognostiziert werden (S. 22 f. Ziff. 8).

**3.3.4** Im Verlaufsbericht vom 17. März 2015 (act. II 118) führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, die Beschwerdeführerin sei seit Anfang 2015 erneut schwer depressiv. Es bestehe Hoffnungslosigkeit, Resignation, ausgeprägte Antriebshemmung, intermittierende Suizidalität und Verzweiflung. Die ambulanten therapeutischen Massnahmen seien fast ausgeschöpft, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien stark eingeschränkt. In der Tätigkeit als selbständige ... bestehe momentan ein Höchstpensum von etwa 30 bis 40 %. Die Beschwerdeführerin habe die ambulante psychiatrische Behandlung seit dem 25. Februar 2014 wieder aufgenommen und komme regelmässig einmal pro Monat in die Sprechstunde. Obschon aus psychiatrischer Sicht klar indiziert, könne sich die Beschwerdeführerin eine Intensivierung der ambulanten Behandlung finanziell nicht leisten.

**3.3.5** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt im Verlaufsbericht vom 22. März 2015 (act. II 119) fest, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Die Diagnosestellung habe sich insofern geändert, als die Situation durch die schwere depressive Entwicklung dominiert sei. Als ... bestehe eine somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 70 %.

**3.3.6** Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ unter Wiederholung der im Gutachten gestellten Diagnosen mit Schreiben vom 31. Mai 2015 (act. II 126) aus: Es sei von einer affektiven Störung im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Parallel dazu sei die Beschwerdeführerin an einer Polymyositis mit subakut chronischem Verlauf erkrankt. Die damit einhergehende Schmerzsymptomatik könne nach dem bisherigen Stand der medizinischen Wissenschaft nicht ausschliesslich mit dieser Diagnose erklärt werden, so dass zusätzlich von einer nicht näher bezeichneten somatoformen Störung ausgegangen werden müsse, die die Försterkriterien erfülle. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass aufgrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge vom narzisstisch-depressiven Typ und der hereditären familiären Belastung eine erhöhte Vulnerabilität zur Ausbildung einer affektiven Störung, was die rezidivierende depressive Störung sei, vorliege. Auch ohne die somatoforme Schmerzstörung hätte die Beschwerde-

führerin an einer rezidivierenden depressiven Störung erkranken können. Es sei daher davon auszugehen, dass die somatoforme Störung (ICD-10 F45.9) als Komorbidität zur rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.11) angesehen werden müsse.

**3.4** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittel 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 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).

**3.5** Hinsichtlich der somatischen Situation diagnostizierten die Ärzte der Klinik G. \_\_\_\_\_ anlässlich der Untersuchung vom 29. Oktober 2003 den Verdacht auf eine Polymyositis. Dabei gaben sie an, dass die Klinik- und Laborbefunde nicht ganz typisch seien (act. II 10 S. 6). Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, führte am 22. Dezember 2003 zuhause des Hausarztes der Beschwerdeführerin (Dr. med. D. \_\_\_\_\_) aus, irritierend an der Diagnose einer Polymyositis sei, dass sie nur auf dem muskelbiptischen Nachweis beruhe und sich überhaupt nicht in entzündungs- oder muskelmetabolischen Parametern äussere (act. II 10 S. 5). In der Folge wurde

eine Steroidbehandlung durchgeführt (act. II 10 S. 2 Ziff. D/5), wobei die Klinik I. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 3. Juni 2005 zwar Zweifel an der gestellten Diagnose äusserte und sich eher für das Vorliegen einer Dermatomyositis aussprach (act. II 23 S. 5). Nach Erhalt weiterer Untersuchungsergebnisse wurde aber (erneut) die Diagnose einer möglichen Polymyositis gestellt (vgl. auch Bericht vom 15. Januar 2008 [act. II 44 S. 19]). Einziges Indiz dafür sei eine grenzwertig vermehrte fettige Marmorierung. Die Ärzte diskutierten im Verlauf auch den Einfluss eines bereits im Jahr 2001 diagnostizierten Chronic Fatigue Syndroms. Gleichzeitig wurde festgehalten, dass nicht auf eine unmittelbare Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden könne (act. II 24 S. 3). Die Medikamentenabsetzung im Jahr 2008 führte zu keiner fassbaren Exazerbation (act. II 44 S. 19, vgl. auch S. 6). Gegenüber Dr. med. H. \_\_\_\_\_ berichtete die Beschwerdeführerin zu Jahresbeginn 2008 von einer klaren Besserung (act. II 44 S. 8). Der Gastroenterologe Dr. med. J. \_\_\_\_\_ wies zeitgleich erstmals auf die Mitbeteiligung erheblicher psychosozialer Probleme am Krankheitsgeschehen hin (act. II 44 S. 13). Diese Einschätzungen wurden anlässlich der MEDAS-Begutachtung vom Juni 2009 insofern bestätigt, als die Gutachter ausführten, aufgrund der leichten Polymyositis könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (act. II 63 S. 17). Diagnostiziert wurde eine mögliche, milde Polymyositis mit aktuell leichtgradiger proximaler Muskelschwäche sowie psychogener Mitbeteiligung im Sinne einer nicht näher bezeichneten somatoformen Störung (S. 23). Die von den MEDAS-Gutachtern attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit basierte denn auch nicht auf einer somatischen Gesundheitsbeeinträchtigung, sondern auf dieser nicht näher bezeichneten somatoformen Störung (S. 26), d.h. einer Störung aus dem psychiatrischen Formenkreis, ohne dass dabei jedoch die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung gutachterlich hätte gestellt werden können. Ob die Beschwerdegegnerin unter diesen Voraussetzungen zu Recht von einer geteilten angepassten Tätigkeit entsprechend der Umschulung ausging (50 % praktische Tätigkeit, 50 % ... / ... [vgl. act. II 69 S. 1]) oder ob sie nicht vielmehr direkt auch die frühere Tätigkeit als zumutbar hätte erklären müssen, braucht hier nicht geklärt zu werden. Der Rentenanspruch wurde bei fehlender Invalidität mit Verfügung vom 28. September 2009 (act. II 69) abgewiesen.

**3.6** In der rentenabweisenden Verfügung vom 20. Oktober 2015 (act. II 136) hat sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 9. November 2014 (act. II 109.1) gestützt. Dem kann nicht gefolgt werden. Bereits die Frage, ob eine Veränderung bzw. ein invalidisierender (und allenfalls rentenbegründender) Gesundheitsschaden vorliegt, kann aufgrund der im Recht liegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden:

**3.6.1** Gilt es einen polymorbiden Zustand abzuklären, so reicht eine bloss monodisziplinäre Begutachtung regelmässig nicht, um den medizinischen Sachverhalt umfassend und in einer den beweismässigen Anforderungen genügenden Weise zu erstellen. Zwar enthält das psychiatrische Gutachten eine Befundaufnahme und die Diagnosestellung stimmt mit derjenigen der behandelnden Ärzte weitgehend überein. Im Ergebnis überzeugt es aber nicht. Denn die Gutachterin geht nicht unwesentlich auch von somatischen Leistungseinschränkungen aus (Diagnose einer Polymyositis mit subakut chronischem Verlauf als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bewertet [S. 23]), ohne dass jedoch eine somatische Mitbegutachtung erfolgt wäre. Angesichts der Akten nachvollziehbar führte die Gutachterin zwar aus, der Verlauf zeige, dass die skelettomuskulären Beschwerden nicht als eindeutige Polymyositis angesehen werden könnten (S. 21). Damit wäre aber die gutachterliche Verknüpfung der Leistungsbeurteilung mit einem somatischen Gesundheitsschaden (vgl. S. 22) ohne Grundlage. Da die Gutachterin bei der Begründung der 50%igen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit explizit auch die somatische Erkrankung miteinbezieht (act. II 109.1 S. 19, 22) – welche jedoch nie schlüssig nachgewiesen werden konnte (vgl. E. 3.5 hiervor) –, muss um von somatisch begründeten Einschränkungen ausgehen zu können, nicht allein eine psychiatrische, sondern vielmehr eine polydisziplinäre MEDAS-Verlaufsbeurteilung erfolgen.

Des Weiteren hat die Gutachterin den doch erheblichen Alkoholkonsum von zwei bis drei Gläsern Wein pro Tag (S.12) nicht diskutiert. Der offensichtlich nicht unbeachtliche Alkoholkonsum kann wesentliche Ursache und / oder unterhaltender Umstand einer Depression sein und zudem mit Blick auf die hier vorhandene Medikation (Cipralex [Antidepressivum] und Zolpidem [Schlafmittel]; vgl. act. II 109.1 S. 11, 15) zu Wechselwirkungen

führen. Wie es sich damit verhält ist im Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ ungeklärt geblieben und bedarf der Abklärung.

Psychosoziale Umstände haben zum Entstehen der ursprünglich als reaktive Depression attestierten Störung beigetragen. Ob diese sie nach wie vor unterhalten, ist ungeklärt. Insgesamt ist zwar glaubhaft, dass die Beschwerdeführerin in einer Tätigkeit entsprechend der von der Beschwerdegegnerin finanzierten Umschulung im Bereich ...(vgl. act. II 27) grössere Schwierigkeiten hat und haben wird, eine Stelle zu finden (vgl. act. II 78, 109.1 S. 14 und 20, 116 S. 3 Ziff. 4). Dabei ist jedoch nicht nachvollziehbar, weshalb die behandelnden Ärzte und die Gutachterin die Erhöhung des Pensums in der eigenen ... (aus psychiatrischer Sicht) ausschliessen (vgl. act. II 109.1 S. 15 f., 18). Eine solche Erhöhung bedarf weder einer Bewerbung noch einer Annahme der Bewerbung durch eine Drittperson und könnte damit von der Beschwerdeführerin ohne weiteres rein erwerblich in einem zudem geschützten und vertrauten Rahmen umgesetzt werden. Die Annahme der Einschränkung in diesem Bereich durch die Psychiaterin basiert denn auch offenbar vielmehr auf ungeklärten somatischen Beschwerden. Dass die Beschwerdeführerin sich nicht wieder vermehrt auf die eigene ...tätigkeit fokussiert, hängt zweifellos mit der (von der Beschwerdegegnerin durch Umschulung unterstützten) Annahme zusammen, dass sie aus körperlichen Gründen nicht mehr als 30 % in der angestammten Tätigkeit als ... erwerbstätig sein könne (vgl. act. II 69). Die derzeitigen Abklärungen genügen für eine abschliessende Beurteilung nicht. Diese Mängel können auch nicht anhand der weiteren Arztberichte überbrückt werden.

**3.6.2** Im Bericht vom 10. Mai 2012 (act. II 83 bzw. E. 3.3.1 hiervor) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (damals neu) die Diagnose einer reaktiven Depression fest. Dabei schilderte er eine progrediente depressive Entwicklung angesichts der frustrierenden Situation. Zu Art und Umfang der Behandlung nannte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ Gespräche sowie die Aufnahme einer antidepressiven Medikation (Ziff. 1.5 vgl. auch act. II 85.4 S. 2 Ziff. 7). Anlässlich der Abklärungen durch die K.\_\_\_\_\_ Versicherung gab die Beschwerdeführerin am 12. Juni 2012 an, dass die Behandlung beim Hausarzt zunächst einmal pro Woche, danach alle 14 Tage und aktuell noch einmal pro Monat stattfindet (act. II 85.3 S. 1 Ziff. 2.2). Dies bestätigte auch Dr.

med. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 5. Juli 2012. So hätten sich die Einschlaf- und Durchschlafstörungen gebessert, die ausgeprägte Stimmungslabilität habe sich stabilisiert und Suizidgedanken seien nicht mehr empfunden worden. Die Leistungsfähigkeit sei primär durch belastungsabhängige, vorzeitige Ermüdung und Schmerzen der Muskulatur bedingt, wie sie seit dem Auftreten der Polymyositis-Dermatomyositis-ähnlichen Erkrankung bestünden (act. II 85.2).

Zuhanden der Beschwerdegegnerin hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 3. Februar 2014 (act. II 96 S. 2) fest, die bekannten generalisierten Muskelbeschwerden hätten sich im vergangenen Sommer wieder verstärkt, wobei sich in der Klinik I. \_\_\_\_\_ weiterhin keine spezifischen Therapiemöglichkeiten eröffnet hätten. Daraufhin überwies er seine Patientin an die Psychiaterin Dr. med. E. \_\_\_\_\_. Letztere hielt im Bericht vom 9. Februar 2014 (act. II 97) fest, nach einer Depression mit Behandlung im Februar 2012 sei es im Januar 2013 wiederum zu einer Depression und im September 2013 zu einer Zustandsverschlechterung gekommen (S. 3). Die Psychiaterin stellte eine schlechte Prognose solange die biopsychosozialen Umstände nicht gewissermassen verändert werden könnten. Festgehalten wurde weiter, dass gegenwärtig keine Behandlung erfolge, da sich die Beschwerdeführerin eine solche finanziell nicht leisten könne, was ebenfalls Ausdruck ihrer Depression und ihres sozialen Rückzugs sei (S. 4). Dr. med. E. \_\_\_\_\_ erachtete eine stationäre Behandlung als indiziert und rechnete nach einer erfolgten adäquaten Therapie mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit als ... (S. 5).

Auch Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im Gutachten vom 9. November 2014 aus, die psychiatrische Behandlung, die derzeit von psychiatrisch stützenden Gesprächen begleitet werde, müsse intensiviert werden. Eine Psychotherapie mit wöchentlich mindestens einer Sitzung erscheine indiziert. Die medikamentöse Therapie mit Antidepressiva und einem schlafanstossenden Medikament solle weiter geführt und gegebenenfalls durch ein schlafanstossendes Antidepressivum ersetzt werden (act. II 109.1 S. 22, 24 f.). Damit ist die gutachterliche Beurteilung auch vor dem Hintergrund des therapeutischen (unzureichend genutzten) Potentials nicht überzeugend. Dabei ist die Beschwerdeführerin bzw. deren Psychiaterin darauf hinzuweisen,

dass eine medizinisch indizierte Therapie grundsätzlich kassenpflichtig ist, d.h. finanzielle Hinderungsgründe nicht bestehen.

Nichts an diesem Ergebnis ändert die bereits von der Verwaltung vorgenommene Nachfrage bei der psychiatrischen Gutachterin (act. II 117) bzw. deren Antwort vom 31. Mai 2015 (act. II 126). Sie beschlägt die hier massgeblichen Fragen nicht. Gleichermassen nichts am Vorstehenden ändert die Einschätzung von Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD), vom 21. August 2015 (act. II 129), wonach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch eine Intensivierung der Psychotherapie die Arbeitsfähigkeit kaum verbessern könne. Dies steht im klaren Widerspruch zum psychiatrischen Gutachten selbst und auch der bisherigen Erfahrung bei Behandlungsinintensivierung.

**3.6.3** Nach dem Dargelegten fehlt eine (polydisziplinäre) Auseinandersetzung mit den psychischen und somatischen Anteilen des geltend gemachten Gesundheitsschadens. Eine hinreichend intensive psychiatrische Therapie, die gemäss den medizinischen Einschätzungen zu einer Verbesserung führen würde, wurde bis anhin nicht aufgenommen. Zudem wurde die Bedeutung des offenbar bestehenden erheblichen Alkoholkonsums (vgl. act. II 109.1 S.12) nicht thematisiert bzw. ein (probatorisch) abstinentes Verhalten nicht verlangt. Allein unter diesen Vorbedingungen kann beurteilt werden, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin aus psychischen und / oder somatischen Gründen in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Die Sache ist damit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat nach vorgängiger Aufforderung zur vollständigen Alkoholabstinenz (inkl. laborchemischer Kontrolle) und Aufnahme einer hinreichend intensiven psychiatrischen Therapie eine MEDAS-Verlaufsbeurteilung anzuordnen. Die Gutachter werden sich neben den üblichen Fragestellungen insbesondere auch mit der Überdeckung, Parallelität und dem Ausschluss der verschiedenen psychiatrisch wie somatisch gestellten Diagnosen zu befassen haben. Zudem werden sie zur Überwindbarkeit einer allenfalls festzustellenden Dekonditionierung Stellung zu nehmen und sich zur Bedeutung psychosozialer Umstände zu äussern haben.

**4.**

Nach dem Ausgeführten ist in Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 20. Oktober 2015 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

Zu den erwerblichen Abklärungen sei dabei auf Folgendes hingewiesen: Aus den Akten, insbesondere aus dem Auszug aus dem individuellen Konto (act. II 81) ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin bis zur ersten IV-Anmeldung im März 2004 bzw. bis zum dabei von ihr geltend gemachten Zeitpunkt der erstmaligen Auswirkungen ihrer gesundheitlichen Störungen im Jahr 2001 (act. II 1) nie ein Einkommen erzielte, wie es der Berechnung des Invaliditätsgrades durch die Beschwerdegegnerin zugrunde gelegt wurde (Valideneinkommen von Fr. 62'857.-- [act. II 69 S. 2]). Im Jahr 1991 findet sich das höchste bis dahin erzielte Einkommen von Fr. 50'500.--, danach sank das Einkommen im Jahr 1992 massiv (Fr. 26'568.--) um ein Jahr später wieder auf Fr. 38'100.-- bzw. bis ins Jahr 1996 auf Fr. 40'950.-- anzusteigen. Ab 1997 beläuft sich das Einkommen auf Beträge zwischen Fr. 10'023.-- (2004) und Fr. 25'019.-- (2002), wobei das wiederum hohe Einkommen um die Fr. 51'000.-- in den Jahren 2006 bis 2008 auf die IV-Taggelderleistungen zurückzuführen ist, welche von vornherein unbeachtlich bleiben. Auch in dieser Hinsicht wird die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen vorzunehmen haben.

**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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**5.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung gilt es im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

Mit Kostennote vom 16. Dezember 2015 macht Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ einen Aufwand von 10.25 Stunden à Fr. 250.-- bzw. ein Honorar von Fr. 2'562.50 plus Auslagen von Fr. 30.-- (Fr. 5.-- Kommunikation, Fr. 4.-- Portokosten, Fr. 21.-- Kopien) zuzüglich Mehrwertsteuer von 8 % (auf Fr. 2'592.50) im Betrag von Fr. 207.40 geltend, was nicht zu beanstanden ist. Demnach ist die Parteientschädigung auf Fr. 2'799.90 festzusetzen; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 20. Oktober 2015 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'799.90 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - 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.