

200 16 1029 IV  
KNB/IMD/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. Dezember 2018**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiber Imhasly

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. September 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1967 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Oktober 2004 unter Hinweis auf jahrelange Rückenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte medizinische sowie erwerbliche Abklärungen und lehnte das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 13. Dezember 2005 ab (act. II 20). Mit Einspracheentscheid vom 4. Mai 2006 (act. II 26) bestätigte sie die Ablehnung.

Im November 2014 ersuchte die Versicherte die IVB erneut um Zusprennung von Leistungen, wobei sie angab, unter einer Hirnerschütterung, extremer Klaustrophobie sowie Angstzuständen zu leiden (act. II 28). Die IVB nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor; insbesondere holte sie bei der MEDAS C.\_\_\_\_\_ (MEDAS) ein vom 4. Februar 2016 datierendes interdisziplinäres Gutachten ein (Akten der IV [act. IIA] 70.1). Gestützt darauf forderte die IVB die Versicherte mit Schreiben vom 16. Februar 2016 (act. IIA 75) auf, sich einer dreimonatigen Entzugsbehandlung (Opioide, Seditiva oder Hypnotika) zu unterziehen, woraufhin diese sich im April/Mai 2016 in stationäre psychiatrische Behandlung begab (vgl. act. IIA 95 S. 8 ff.). Mit Vorbescheid vom 3. August 2016 (act. IIA 97) stellte die IVB die Ablehnung des Leistungsgesuchs (berufliche Massnahmen, Rente) mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (act. IIA 101) verfügte sie am 27. September 2016 (act. IIA 106) wie angekündigt.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 25. Oktober 2016 Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr berufliche Massnahmen, eventualiter eine Rente zuzusprechen. Subeventualiter

sei die Verfügung aufzuheben und die Sache zu weiterer Abklärung zurückzuweisen.

Mit Eingabe vom 22. November 2016 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Oktober 2016 zu den Akten (Beschwerdebeilage [act. I] 3).

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 25. November 2016 die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 24. März 2017 reichte die Beschwerdegegnerin ein im Auftrag der zuständigen Krankentaggeldversicherung erstelltes Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. März 2017 zu den Akten.

Mit prozessleitender Verfügung vom 23. August 2018 erteilte der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin Gelegenheit zur Stellungnahme zum psychiatrischen Gutachten vom 13. März 2017 auch im Lichte von BGE 143 V 409 und 418.

Die Beschwerdeführerin verzichtete mit Eingabe vom 12. Oktober 2018 auf weitere Ausführungen.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträ-

gen 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 vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 27. September 2016 (act. IIA 106). 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).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist 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 (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.2.1** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.2.2** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene 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 unglaublich wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung 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; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

**2.3** 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.

**2.4** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades Erwerbstätiger 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).

**2.6** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 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 Untersuchungen 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 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

**2.7** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**2.8** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, ist das Glaubhaftmachen vom Gericht nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Nach dem Eintreten auf die Neuanmeldung hat die Verwaltung die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (vgl. 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** Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom November 2014 (act. II 28) eingetreten ist und den Leistungsanspruch (berufliche Massnahmen, Rente) in der angefochtenen Verfügung vom 27. September 2016 (act. IIA 106) materiell geprüft hat. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (vgl. E. 2.8 hiavor). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen dem Einspracheentscheid vom 4. Mai 2006 (act. II 26) und der Verfügung vom 27. September 2016 (act. IIA 106) eine (wesentliche) Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

Nachdem die Beschwerdeführerin zuvor während mehrerer Jahre nicht (mehr) erwerbstätig gewesen war, hat sie im Jahr 2010 wiederum eine Erwerbstätigkeit aufgenommen (vgl. act. II 50 S. 3). Das letzte Arbeitsverhältnis bei der ... wurde sodann von der Arbeitgeberin per 30. April 2015 aufgelöst (act. II 57.4 S. 1). Damit ist ein erwerblicher Revisionsgrund ausgewiesen und der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig neu zu prüfen (vgl. E. 2.8 hiavor).

**3.2** In medizinischer Hinsicht erging die angefochtene Verfügung vom 27. September 2016 (act. IIA 106) im Wesentlichen gestützt auf die folgenden Unterlagen:

**3.2.1** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 23. Februar 2015 (act. II 48 S. 7 ff.) Schulter- und Nackenbeschwerden im Anschluss an eine unverschuldete Auffahrkollision am 22. Mai 2014, eine depressive Entwicklung und Fibromyalgie. Die seit Jahren bekannten Schulter- und Nackenbeschwerden hätten sich massiv verstärkt. Radiologisch habe keine frische Fraktur der Hals- oder Brustwirbelsäule nachgewiesen werden können. Ein ursprünglich vereinbarter Ar-

beitsversuch sei gescheitert. Weiterhin sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen.

**3.2.2** Dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 3. März 2015 (act. II 49) sind die Diagnosen Panikstörung (ICD-10: F41.0) und Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) zu entnehmen. Ab dem 1. Dezember 2014 (Behandlungsbeginn) liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor.

**3.2.3** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, hielt im Bericht vom 28. August 2015 (act. II 57.3 S. 1 f.) fest, die Patientin schildere chronische Nacken- und Kopfschmerzen, die seit dem Auffahrunfall vom 22. Mai 2014 verstärkt seien. Die neurologische Untersuchung habe keine Hinweise auf eine symptomatische Kopfwehursache oder eine Radikulo- oder Myelopathie ergeben. Das MRI vom 10. April 2015 zeige degenerative Veränderungen der Wirbelkörper und Bandscheiben im mittleren HWS-Bereich, welche allerdings das Ausmass der Schmerzen nicht erklären dürften. Es liege eine Schmerzverarbeitungsstörung und Symptomausweitung vor, auch ergebe sich der Verdacht auf eine deutliche depressive Störung. Zur Vermeidung von Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerzen empfahl Dr. med. G. \_\_\_\_\_ eine Reduktion des Analgetika-Konsums.

**3.2.4** Dem MEDAS-Gutachten vom 4. Februar 2016 (act. IIA 70.1) sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 41 f.):

- Ausgedehntes Schmerzsyndrom
  - cervikalbetontes panvertebrales Syndrom
  - mit cephaler Schmerzkomponente
  - mit muskulärer Dysbalance des Schultergürtels
  - periartikuläre Schmerzareale Schultern beidseits, Epicondylopathia humeri medialis und lateralis beidseits
  - Styloidopathia ulnae et radii beidseits
  - Periarthropathia coxae beidseits, Periarthropathia genus beidseits
  - diffuse Druckdolenz der Arm- und Beinmuskulatur beidseits
- Chronische Cephalaea, DD: aktuell als Analgetika-induzierter Kopfschmerz (MÜKS)
- Störungen durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F11.25)
- Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F13.25)
- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1).

Vor allem aus psychischen Gründen mit der Suchtproblematik sei die Arbeitsfähigkeit aktuell vollständig aufgehoben. Aus rein somatischer Sicht wäre eine solche von ca. 80 % gegeben, begründet durch einen leicht vermehrten Pausenbedarf. Schwere bis mittelschwere Arbeit sei nicht möglich. Arbeiten als Kassiererin und auch die grosse Mehrheit der Arbeiten im Haushalt wären in diesem Rahmen aus somatischer Sicht möglich. Damit wäre auch ein leicht vermindertes Rendement abgegolten (S. 45). Es müsste unbedingt ein unter stationären Bedingungen durchgeführter Benzodiazepin- und Opioid-Entzug durchgeführt werden. Erst nach Absetzen dieser Substanzen könnten weitere notwendige Schritte bezüglich der psychiatrischen Behandlung geplant und durchgeführt werden (S. 45). Ob eine weitere psychiatrische Diagnose im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung vorliege, könne erst nach dem Absetzen der Benzodiazepine und Opioide beurteilt werden (S. 40).

**3.2.5** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im zu Handen der Taggeldversicherung erstellten Gutachten vom 15. April 2016 (act. IIA 93.2) eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), DD: Chronische Schmerzstörung mit somatischen, sozialen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), DD: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Die Arbeitsfähigkeit in der beruflichen Tätigkeit als ... sei anhand der objektiven und semi-objektiven Befunde, der Krankheitsentwicklung und der aktuell angegebenen Beschwerden sowie nach Selbsteinschätzung erheblich und zu 100 % eingeschränkt. Mit einer ambulanten verhaltens- und psychotherapeutischen Behandlung (u.a. bei Absetzen der aktuellen Analgetika) könnte erfahrungsgemäss nach zwei bis vier Monaten mit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes gerechnet werden. Bei einem günstigen Verlauf könnte mit einer Arbeitsaufnahme zu 50 % ihres 39 %-igen Arbeitspensums innerhalb von zwei bis vier Monaten mit Steigerung des Arbeitspensums um 25 % gerechnet werden.

**3.2.6** Dem Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste I.\_\_\_\_\_, vom 1. Juni 2016 (act. IIA 95 S. 8 ff.) sind die Diagnosen chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne

psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), zu entnehmen. Die Patientin habe sich während der gesamten Hospitalisation (19. April bis 19. Mai 2016) zumeist leidend, schmerzgeplagt und in ihrer Alltagsgestaltung deutlich eingeschränkt präsentiert. Die bestehende Symptomatik mit Kopf- und Körperschmerzen, Schwindel und Konzentrationsschwierigkeiten sei im Rahmen einer chronischen somatoformen Schmerzstörung gewertet worden. Dies insbesondere auch, da die Schmerzen stark mit einer emotionalen Belastung zusammengehängen seien und vollumfängliche Abklärungen bislang keine hinreichende Erklärung für die Symptomatik ergeben hätten. Insgesamt hätten sich ein doch erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn (starke Fürsorge durch die Familie) sowie Vermeidungstendenzen gezeigt. Darüber hinaus habe ein schwer depressives Zustandsbild mit Freudlosigkeit, Antriebsminderung, stark eingeschränkter Schwingungsfähigkeit und Zukunftsängsten bestanden. Anamnestisch habe die Patientin von einer Agoraphobie mit Panikattacken berichtet, welche während der Hospitalisation nicht beobachtet worden sei. Es sei eine antidepressive Therapie initiiert worden. Im Verlauf der Hospitalisation sei eine deutliche Verbesserung des Zustandsbildes eingetreten.

Im Bericht der psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ vom 4. Juli 2016 (act. IIA 95 S. 1 ff.) wurde für den Zeitraum der Hospitalisation (19. April bis 19. Mai 2016) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Leistungsfähigkeit sei insgesamt stark eingeschränkt. Die formalgedankliche Einengung auf die Schmerzen dürfte sich ebenfalls negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die Patientin sei vermindert leistungsfähig, unkonzentriert und nicht in der Lage, für eine längere Zeit in einer Position auszuhalten. Die Wiederaufnahme der Tätigkeit als Kassiererin sei derzeit nicht realistisch (zu hohe Anforderungen an Konzentration, langes Sitzen, Reizüberflutung).

**3.2.7** Im Gutachten vom 13. März 2017 (Akten der IV [act. IIB 1]) gelangte Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Schluss, es liege keine versicherungspsychiatrisch relevante Diagnose mit eigenständigem Krankheitswert mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gemäss ICD-10 vor (S. 16). Die in der Vergangenheit attestierte und bestätigte Depression zeige sich zum heutigen Zeitpunkt unter der

ambulanten psychiatrischen Behandlung mit Gesprächsfrequenz von einmal pro Monat und der niedrig/minimal-dosierten Saroten-Medikation vollständig remittiert. Bezüglich der anamnestisch berichteten und dokumentierten Panikstörung (bei Agoraphobie) lasse sich zusammenfassen, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung diese nicht konkret anhand einer typischen Symptomatologie habe erfasst werden können. Die Angaben der Explorandin seien nicht typisch für eine Panikstörung. In den Arztberichten sei diese Diagnose zwar angegeben worden, es fehlten allerdings durchgehend der dazu korrelierende psychopathische Befund, aus welchem sich die Diagnose ableiten lasse, sowie eine eingehende Diskussion und Beschreibung anhand der Kriterien der ICD-10. Woraus diese Diagnose letztlich abgeleitet worden sei, bleibe somit unklar und lasse sich retrospektiv nicht rekonstruieren (S. 13). Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung hätten nicht vorgelegen. Allein die subjektive Äusserung von Schmerzen reiche zur entsprechenden Diagnosestellung nicht aus (S. 15). Eine ängstliche oder neurotische Verarbeitung der Schmerzen oder einer andere pathologische Schmerzverarbeitung liege nicht vor. Vielmehr sei in nahezu allen Berichten von einem sekundären Krankheitsgewinn berichtet worden. Es sei eine gewisse Forderungshaltung und Beharrlichkeit aufgefallen (S. 16).

**3.3** Aus den medizinischen Akten erhellt, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen – insbesondere im Kopf- und Nackenbereich sowie in den oberen Extremitäten und im Rücken – nicht auf ein organisches Substrat zurückzuführen sind. Zwar zeigten sich in den bildgebenden Untersuchungen (act. II 57.3 S. 3 f.) gewisse degenerative Veränderungen in der Halswirbelsäule, wobei sich jedoch gemäss Beurteilung des rheumatologischen Gutachters keine Hinweise für radikuläre Reiz- oder Ausfallphänomene fanden (act. IIA 70.1 S. 27). Auch aus neurologischer Sicht konnte das ausgedehnte Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt im Nacken- und Kopfbereich nicht erklärt werden (act. IIA 70.1 S. 32). Die gutachterlichen Einschätzungen stimmen überein mit derjenigen von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, der die Schmerzen einer Schmerzverarbeitungsstörung und einer Symptomausweitung zuordnet (act. II 57.3 S. 2). Insofern ist den MEDAS-Gutachtern nicht zu folgen, soweit sie aus rein somatischer Sicht –

ohne dies nachvollziehbar und einleuchtend zu begründen – eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestierten (act. IIA 70.1 S. 45).

**3.4** In psychiatrischer Hinsicht ist zunächst festzustellen, dass die vom behandelnden Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_\_ postulierte Diagnose einer Panikstörung (ICD-10: F41.0) nicht nachvollziehbar begründet worden ist. Dieser gibt im Bericht vom 3. März 2015 (act. II 49) lediglich die ihm von der Beschwerdeführerin geschilderten Beeinträchtigungen wieder (Panikattacken im Auto, in öffentlichen Verkehrsmitteln und in geschlossenen Räumen). Eine vertiefte Auseinandersetzung mit den subjektiv geschilderten Symptomen als auch mit den objektivierbaren Befunden bzw. dem Psychostatus anhand der einschlägigen diagnostischen Leitlinien findet sich darin nicht (vgl. dazu DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 196). Während des einmonatigen Aufenthaltes in den psychiatrischen Diensten I.\_\_\_\_\_ (19. April bis 19. Mai 2016) konnten von den behandelnden Ärzten denn auch keine Panikattacken beobachtet werden (act. IIA 95 S. 10). Die MEDAS-Gutachter erachteten eine unkontrollierte massive Einnahme von Benzodiazepinen und Opioiden als Hauptursache der seitens der Beschwerdeführerin geschilderten Angstsymptomatik; eine Angststörung diagnostizierten sie hingegen nicht (act. IIA 70.1 S. 39). Diesem Medikamentenmissbrauch kommt vorliegend mangels besonderer Umstände (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1) keine Bedeutung zu, zumal die im Rahmen der stationären Behandlung in den psychiatrischen Diensten I.\_\_\_\_\_ untersuchte Urinprobe hinsichtlich der von den MEDAS-Gutachtern als problematisch angesehenen Substanzen negativ ausgefallen ist (act. IIA 95 S. 10). Übereinstimmend gehen sowohl die MEDAS-Gutachter, als auch die behandelnden Ärzte der psychiatrischen Dienste I.\_\_\_\_\_ sowie der Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_\_ von einem Schmerzgeschehen und einer depressiven Symptomatik – wenn auch unterschiedlich diagnostiziert – aus (act. IIA 70.1 S. 41 f.; 93.2 S. 9; 95 S. 8). Anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 ist nachfolgend zu prüfen, ob diese psychischen Gesundheitsschäden eine leistungsbegründende Invalidität zu bewirken vermögen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429; vgl. E. 2.2.1 hiavor).

**3.5** Vorab nachzugehen ist der Frage, ob die diagnostizierten psychiatrischen Störungen unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhalten (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Diesbezüglich ist augenfällig, dass sich aus den medizinischen Unterlagen diverse Hinweise auf Inkonsistenzen und Aggravation ergeben. Die MEDAS-Gutachter hielten fest, bei der Anamnese und bei der Untersuchung sei eine deutliche Inkonsistenz bzw. sogar Diskrepanz bei Angaben und Befunden aufgefallen (act. IIA 70.1 S. 43). Bei den Beschwerden dominiere eine deutliche Regression, zum Teil in Form einer grossen Selbstlimitierung, die dazu führe, dass die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben offenbar nicht mehr in der Lage sein solle, im Haushalt auch nur die geringsten Arbeiten auszuführen (act. IIA 70.1 S. 44). Im Rahmen der allgemeinmedizinisch/internistischen Untersuchung sei vor allem ein "Sichverweigern" aufgefallen. Die Aussagen der Probandin müssten als bewusst spärlich und ungenau geäussert bezeichnet werden und würden hinter einem "Vergessenhaben" kaschiert. Ausserdem seien ein wiederholtes Aufbrausen und ein fordernder, aggressiver Tonlaut aufgefallen (act. IIA 70.1 S. 20). Auffällig ist, dass die Beschwerdeführerin gegenüber den verschiedenen Ärzten angegeben hat, die von ihr geklagten Beschwerden seien erst nach dem Unfall vom 22. Mai 2014 aufgetreten und sie hätte vorher nie psychische Probleme gehabt (act. IIA 70.1 S. 34; 93.2 S. 13, 14 f.; 95 S. 9). Dies steht in einem offensichtlichen Widerspruch zur Tatsache, dass sie sich bereits im Jahr 2004 wegen einer Schmerzproblematik, aufgrund welcher vom behandelnden Arzt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war (act. II 7 S. 5 ff.), zum Leistungsbezug bei der IV angemeldet hatte (act. II 2). Dr. med. H. \_\_\_\_\_ stellte im Verlaufe der Untersuchung Hinweise für ein theatrales und histrionisches Verhalten fest (act. IIA 93.2 S. 6). In der Untersuchungssituation habe sich keine Schonhaltung für die angegebenen Nacken- und Kopfschmerzen gezeigt. Die depressive Stimmung könne nicht ganz nachvollzogen werden, so habe sich die Versicherte im Verlaufe der Untersuchung bei standardmässigen Fragen für eine psychiatrische Untersuchung psychomotorisch unruhig und verbal aggressiv sowie logorrhöisch präsentiert. Der Antrieb sei durchaus erhalten gewesen (act. IIA 93.2 S. 14). Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ vom 1. Juni 2016 wurde über einen doch erheblichen sekundären Krankheitsgewinn (starke Fürsorge durch die Familie) sowie Vermeidungstendenzen

berichtet (act. IIA 95 S. 10). Die MEDAS-Gutachter führten diesbezüglich aus, nach dem Unfall habe eine massive Regression der Versicherten stattgefunden, die dazu geführt habe, dass die ganze Familienaufmerksamkeit bei ihr liege, bis zum Umstand, dass offenbar die jüngste Tochter ihre Ausbildung zu Gunsten der Pflege der Mutter unterbrochen habe. Hier lägen unbewusste Bedürfnisse nach Versorgung und Angst vor dem nächsten Lebensabschnitt vor, indem die Kinder aus dem Haus gingen und die Versicherte alleine im Haus zurückbleibe. Dies umso mehr, als ihre Geschwister alle nicht in der Schweiz lebten. Die Versicherte habe sich ganz in die Krankenrolle hineingegeben und sei dort stark fixiert (act. IIA 70.1 S. 39). Das Beschwerdebild ist damit offensichtlich geprägt von Selbstlimitierung in Form passiv-aggressiven Verharrens in der Meinung, dass sie durch die Ärzte geheilt werden müsse. So hat sich die Beschwerdeführerin in der Untersuchung gemäss Dr. med. H. \_\_\_\_\_ fordernd präsentiert und vom Gutachter Heilung und keine psychiatrische Untersuchung verlangt (act. IIA 93.2 S. 15 f.); auch während der allgemeinmedizinisch/internistischen Untersuchung bei der MEDAS hat sie sich dahingehend geäußert (act. IIA 70.1 S. 19). Gegenüber den Ärzten der psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ nahm sie bezüglich psychotherapeutischer Interventionen unter Verweis auf körperliche Symptome und Konzentrationschwierigkeiten eine ablehnende Haltung ein (act. IIA 95 S. 11). Dabei könnte mit einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung mit Einsatz von verhaltenstherapeutischen Interventionen unterstützt mit Psychopharmaka die Prognose als günstig eingestuft werden (act. IIA 93.2 S. 15). Dies stimmt mit der Feststellung der Ärzte der psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ überein, wonach die Versicherte von der Initiierung einer antidepressiven Therapie mit Saroten profitiert und woraus sich im Verlauf der Hospitalisation eine deutliche Verbesserung des Zustandsbildes ergeben habe (act. IIA 95 S. 10 f.). Nichts anderes geht aus dem Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 13. März 2017 hervor, gemäss welchem sich die in der Vergangenheit attestierte Depression unter der ambulanten psychiatrischen Behandlung als remittiert gezeigt habe (act. IIB 1 S. 13). Zwar wurde dieses Gutachten nach Verfügungserlass vom 27. September 2016 (act. IIA 106) erstellt, nichtsdestotrotz bestätigt dies die von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ als günstig erachtete Prognose. Insgesamt verbietet

sich angesichts dieser Ausschlussgründe die Annahme einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung.

**3.6** Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch mit Verfügung vom 27. September 2016 (act. IIA 106) zu Recht abgelehnt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist 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. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Es 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. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- 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.