

200 16 132 IV  
SCP/JAP/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 11. November 2016**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Jakob

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Dezember 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1976 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) melde sich am 19. Mai 2012 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese stellte der Versicherten nach gutachterlichen Erhebungen (AB 84, 109.1) mit Vorbescheid vom 8. September 2015 (AB 117) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 122) verneinte sie entsprechend dem Vorbescheid mit Verfügung vom 4. Dezember 2015 (AB 125) einen Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen.

### **B.**

Mit Eingabe vom 22. Januar 2016 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und ihr sei vom 1. November 2012 bis 31. Mai 2015 eine ganze Rente bzw. ab 1. Juni 2015 eine Dreiviertelrente, zuzüglich Verzugszins seit wann rechtens, auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 26. Februar 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 4. April 2016 bzw. Duplik vom 6. Mai 2016 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 4. Dezember 2015 (AB 125). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

**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). 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).

**2.3** In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296).

**2.4** 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.

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.1.1** Der Hausarzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vermerkte im Bericht vom 25. Oktober 2012 (AB 23) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende Episoden mit Abdominalschmerzen, eine verminderte Glukosetoleranz sowie anamnestisch eine Fruktose- und Laktoseintoleranz. Er zog als Differentialdiagnose eine Abdominalmigräne in Betracht und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 1. Januar 2012. In seinen Verlaufsberichten vom 4. Februar bzw. 7. Juni 2013 (AB 29, 36) ging er von einem stationären Gesundheitszustand mit unveränderter Arbeitsunfähigkeit aus.

**3.1.2** Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, hielt im Bericht vom 17. Dezember 2012 (AB 28) zunächst als Verdachtsdiagnose eine atypische Migräne fest. Am 6. Juni 2013 orientierte er darüber, dass im Verlauf nun klar habe festgestellt werden können, dass es sich um eine schwere Migräne, zum Teil mit vorwiegender abdominellen Symptomatik, handle. Er ging von einem verbesserten Gesundheitszustand aus, attestierte zwar noch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, prognostizierte jedoch eine zunehmende Arbeitsfähigkeit innerhalb der nächsten sechs Monate (AB 37). Nachdem Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, im Rahmen einer Zweitmeinung die Diagnose einer Abdominalmigräne bestätigt (AB 73) und Dr. med. D.\_\_\_\_\_ auf ein zusätzliches Zervikal-syndrom hingewiesen hatte, welches zur Auslösung der Migräne-Attacken beitrage (AB 73/8), gab der letztere am 23. Dezember 2013 an, gesamthaft habe sich der Zustand etwas verbessert. Die Migräne-Attacken seien weniger häufig und könnten besser angegangen werden; es könne nun sehr vorsichtig und mit möglichst geringem Produktivitäts-Druck mit beruflichen Massnahmen begonnen werden (AB 51).

**3.1.3** Aufgrund chronischer Nackenschmerzen sowie sensorischer Störungen der Hände und Füsse wurde am 25. März 2014 eine bildgebende Abklärung der Halswirbelsäule (HWS) durchgeführt. Gemäss dem entsprechenden Befundbericht (AB 73/1) offenbarte sich dabei eine linkslastige dorsomediane Diskushernie auf Stufe C5/6, bis links foraminal reichend mit möglicher Wurzelreizung C6 links im Foramen, sowie eine nicht neurokompressive dorsomediane Diskushernie auf Stufe Th5/6.

**3.1.4** Auf Empfehlung von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 60), veranlasste die Beschwerdegegnerin in der Folge eine polydisziplinäre Begutachtung. Der Auftrag für die Expertise, welche die Fachrichtungen Neurologie, Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin und Orthopädie umfassen sollte, wurde an die Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_\_ (MEDAS) vergeben (AB 63, 64/1, 75 f.). Aufgrund einer Auseinandersetzung (vgl. IV-Protokoll [in den Gerichtsakten] S. 6 f.; AB 79-81, 84.1/23 Ziff. 8.6) wurde die Begut-

achtung nach der psychiatrischen und internistischen Exploration abgebrochen.

Im psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten vom 11. August 2014 (AB 84.1) führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in diagnostischer Hinsicht das Nachstehende auf (AB 84.1/15 f. Ziff. 6):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21), bestehend seit mindestens Dezember 2012

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Verdacht auf somatoforme, autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes (ICD-10: F45.31)
- Hinweise für akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen, reizbaren Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1)

Aus rein psychiatrischer Sicht attestierte der Gutachter seit mindestens Dezember 2012 für die angestammte Beschäftigung eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % bzw. für eine leidensadaptierte Tätigkeit (ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck [Stressbelastung], ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung) eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (AB 84.1/20 f. Ziff. 8.1 und 8.2).

Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, stellte im internistischen MEDAS-Teilgutachten vom 16. August 2014 (AB 84.2) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und vermerkte als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Abdominalmigräne, eine Laktoseintoleranz sowie ein Untergewicht (AB 84.2/11 Ziff. 6). Er erklärte, für die seit elf Jahren auftretenden, krampfartigen Bauchschmerzen mit Erbrechen, Schwindel und vermehrten Schweissausbrüchen, habe sich trotz ausgedehnten Abklärungen keine somatisch-gastroenterologische Ursache finden lassen. Im Verlaufe der Jahre seien diese Beschwerden immer häufiger zusammen mit migräneartigen Kopfschmerzen aufgetreten, so dass schliesslich vor zwei Jahren die Diagnose einer Abdominalmigräne gestellt worden sei. Da die Beschwerden aus internistischer Sicht nicht plausibilisiert werden könnten, bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (AB 84.2/12 Ziff. 7 und 8.1).

**3.1.5** Zur Abklärung der chronischen Nackenschmerzen, der Sensibilitätsstörungen, der HWS-Befunde sowie der Migräne holte die Beschwerdegegnerin auf Empfehlung des RAD (AB 86) in der Folge ein Gutachten des Spitals J.\_\_\_\_\_, Klinik K.\_\_\_\_\_, ein. In der Expertise vom 20. April 2015 (AB 109.1) hielten die Dres. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, und M.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin, die folgenden Diagnosen fest (AB 109.1/13):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Migräne ohne Aura (ICHD 3-beta 1.1)
- Abdominelle Migräne (ICHD 3-beta 1.6.1.2)
- Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Laktose- und Fruktoseintoleranz
- Pathologische Glukosetoleranz
- Leichtes Untergewicht (BMI [Body-Mass-Index] 17.6 kg/m<sup>2</sup>)
- Status nach Zystektomie Ovar links

Die Gutachter erklärten, im Gegensatz zu den beiden MEDAS-Teilgutachten sähen sie eine aktuell reduzierte Arbeitsfähigkeit durch eine somatische Diagnose, nämlich eine initial abdominellen Migräne und eine daran anschliessende typische Migräne ohne Aura. Dies gelte insbesondere für die Zeit bevor eine Migräne diagnostiziert und eine adäquate Therapie eingeleitet worden sei (AB 109.1/15). Die im psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten gestellte Diagnose einer somatoformen, autonomen Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes sei nicht haltbar (AB 109.1/14). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei kaum zu quantifizieren, da die Kopfschmerzattacken unvorhersehbar aufträten und die Arbeitsfähigkeit in den schmerzfreien Intervallen stark variere (AB 109.1/17 Ziff. 4). Eine leidensadaptierte Tätigkeit (wechselbelastend [stehend-sitzend-gehend] ohne anhaltende Arbeiten an einem Computermonitor) sei initial vier bis fünf Stunden täglich grundsätzlich ohne Leistungseinschränkung zumutbar und im Idealfall flexibel einzuteilen. Eine langsame Steigerung bis zu einem Arbeitspensum von 80 % scheinem mittel- bis langfristig möglich (AB 109.1/18 f. Ziff. 11 und 13 f.).

**3.1.6** Der RAD-Arzt Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, für Tropen- und Reisemedizin FMH sowie für Allgemeine Innere Medizin FMH, vertrat in seiner Stellungnahme vom

4. Mai 2015 (AB 111) die Auffassung, dass vorwiegend dem neurologischen Gutachten des Spitals J. \_\_\_\_\_ Bern (AB 109.1) gefolgt werden sollte. Die Problematik der Beschwerdeführerin sei hauptsächlich neurologisch bedingt, zudem sei diese Expertise im Vergleich zu jenen der MEDAS umfassender und schlüssiger. Vom 1. Januar 2012 bis zum Zeitpunkt der Exploration im Spital J. \_\_\_\_\_ am 17. Februar 2015 habe die Arbeitsfähigkeit 40 % betragen, seither betrage sie fünf bis sechs Stunden täglich, was etwa 60 % entspreche; mittel- bis langfristig sei eine Steigerung auf 80 % möglich.

**3.2** 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).

**3.3** In den RAD-Stellungnahmen vom 3. Juni 2013 (AB 35) und 24. Februar 2014 (AB 60) erkannte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ richtig, dass die ätiologisch unklare und instabile/fluktuierende Beschwerdesymptomatik, welche von den beteiligten Mediziner unterschiedlich interpretiert wurde («Migraine sans Migraine» [AB 17/2 Ziff. 1, 25/8 Ziff. 1, 25/21 Ziff. 1], Migräne ohne Kopfschmerzen [AB 25/18], atypische Migräne [AB 25/1], abdominale Migräne [AB 25/2, 27/3], Migräne äquivalent [AB 73/16], Migräne mit Kopfschmerzen [AB 27/3, 28/3, 40/2, 73/8, 73/17]) und zu der sich ein Verdacht auf eine funktionelle Überlagerung (AB 25/10) bzw. auf eine Anpassungsstörung (AB 4/2) gesellten, eine interdisziplinäre Begutachtung erfordert. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin zunehmend Nackenschmerzen geltend machte (AB 73/2, 73/8) und der bildgebende Befund (AB 73/1) auf eine mögliche radikuläre Genese hindeutete, was die Einschätzung der RAD-Ärztin umso mehr korrekt erscheinen lässt.

**3.3.1** Obwohl die Beschwerdegegnerin in der Folge ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gab, liegt mangels einer konsensual ausgerichteten interdisziplinären Besprechung zur Würdigung der verschiedenen Ergebnisse kein solches vor. Vielmehr bestehen nunmehr drei Teilgutachten (AB 84.1, 84.2, 109.1), die sich in wesentlichen Punkten sogar widersprechen. Soweit Dr. med. N.\_\_\_\_\_ hauptsächlich von einer neurologischen Beeinträchtigung ausging und der Expertise des Spitals J.\_\_\_\_\_ Bern den Vorzug gab (AB 111), kann ihm deshalb nicht gefolgt werden. Es mag zwar zutreffen, dass die migräniformen Beschwerden entsprechend der Beurteilung im neurologischen Gutachten somatischen Ursprungs sind und die von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in Betracht gezogene somatoforme, autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes (AB 84.1/15 Ziff. 6.2), nicht haltbar ist (AB 109.1/14 f.). Indes vermochten die Dres. med. L.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ die Beanspruchung einer somatischen Ursache einzig mit den (notabene fluktuierend am Magentrakt, dem Kopf oder menstrual auftretenden) Beschwerdesymptomen und nicht auch mit objektiven Befunden zu erklären, worauf in der Beschwerdeantwort (S. 2 lit. C Ziff. 3 lit. a) unter Hinweis auf die Rechtsprechung von BGE 140 V 290 (vgl. E. 2.3 hiervor) an sich zu Recht hingewiesen wurde. Zudem ist augenfällig, dass Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ das Hinausschieben der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit stets damit begründete, auf die Beschwerdeführerin solle nicht Druck ausgeübt werden (AB 37/4 Ziff. 4, 38/3 Ziff. 7, 51/2 Ziff. 5), womit er klar von einem psychisch bedingten Wiedereingliederungshindernis ausging. Des Weiteren wurde auch in einem früheren Sprechstundenbericht des Spitals J.\_\_\_\_\_ vom 3. Januar 2012 (AB 25/23 f.) erwähnt, dass es im Zusammenhang mit der unklaren gastro-intestinalen Beschwerdesymptomatik zu einer anzunehmenden vegetativen Hyperventilation und Krämpfen in den Händen und Armen gekommen sei, was mit der Annahme einer funktionellen somatoformen Störung durchaus vereinbar wäre (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 231). Der diametrale Widerspruch in den diagnostischen Einschätzungen zwischen Dr. med. G.\_\_\_\_\_ einerseits und den Dres. med. L.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ andererseits wurde nicht aufgelöst, womit nach wie vor unklar ist, ob pathogenetisch ein psychisches und/oder somatisches Geschehen vorliegt. Unbeantwortet blieb

im neurologischen Gutachten (AB 109.1) im Übrigen die Frage, ob und inwiefern die Beschwerdesymptomatik eine nachweisbare Folge einer angeblich im Ausland durchgemachten Lebensmittelvergiftung ist, sollen die Magenprobleme doch in Form von kolikartigen Schmerzanfällen unmittelbar danach begonnen haben (AB 4).

**3.3.2** Den verschiedenen Gutachten fehlt nicht nur die der Natur einer polydisziplinären Expertise entsprechende konsensuale Gesamtwürdigung, sie sind auch für sich alleine betrachtet nicht überzeugend bzw. mangelbehaftet.

Dem internistischen MEDAS-Teilgutachten (AB 84.2) ist bereits in formeller Hinsicht ein Beweiswert abzuspochen. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ schloss seine Expertise mit der Bemerkung, es sei absolut unverständlich, weshalb die Verwaltung beim vorliegenden Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und offenbar auch ihrem mitgereisten Lebenspartner wegen einer Begutachtung eine Übernachtung vor Ort bezahle (AB 84.2/13 Ziff. 8.6). Abgesehen davon, dass der Gesundheitszustand ja gerade durch die Begutachtung abgeklärt werden sollte und die anrechenbaren Kosten für die Unterkunft davon grundsätzlich unabhängig sind (vgl. Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über die Verfügung der Reisekosten in der Invalidenversicherung [KSVR], gültig ab 1. Januar 2008, Rz. 48), handelt es sich um eine unsachliche Äusserung, welche im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung zwischen der Beschwerdeführerin und der Gutachterstelle zu sehen ist, einen aussermedizinischen Aspekt beschlägt und Zweifel an der gutachterlichen Unparteilichkeit zu erwecken vermag (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109; SVR 2015 IV Nr. 23 S. 70 E. 6.1.1). Wie es sich damit abschliessend verhält, kann hier offen bleiben, denn das Teilgutachten von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ (AB 84.2) ist auch inhaltlich nicht überzeugend. Es ist auffällig rudimentär sowie sprunghaft abgefasst und die «Internistische Beurteilung» (AB 84.2/12 Ziff. 7) entbehren einer nachvollziehbaren Begründung. Der Gutachter erklärte lediglich, für die seit Jahren geklagte Symptomatik sei schliesslich eine Abdominalmigräne festgestellt worden. Diese von den behandelnden Ärzten stammende diagnostische Einschätzung übernahm er unkritisch (AB 84.2/11 Ziff. 6.2),

erklärte aber gleichzeitig, die Beschwerden könnten nicht plausibilisiert werden (AB 84.2/12 Ziff. 8.1).

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. G. \_\_\_\_\_ stellte in seiner Teillex-pertise vom 11. August 2014 (AB 84.1) als einzige Diagnose mit Auswir-kung auf die Arbeitsfähigkeit eine *mindestens* seit Dezember 2012 beste-hende Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21; AB 81.1/15 Ziff. 6.1 lit. a). Mit Blick darauf, dass diese Diagnose gemäss den diagnostischen Leitlinien einen nicht länger als zwei Jahre dauernden depressiven Zustand voraussetzt (vgl. DILLING/MOM-BOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 210), fehlt eine prognostische Beurteilung, die bis zum hier massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 4. Dezember 2015 (AB 125) Gültigkeit hat. Überdies bemerkte der Psychia-ter zwar zutreffend, dass die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage keine psychiatrische oder psychosomatische Behandlung in Anspruch genom-men habe (AB 84.1/17 f. Ziff. 7.1 f.), er erwähnte aber mehrfach die regel-mässige psychotherapeutische Behandlung bei lic. phil. O. \_\_\_\_\_, Psy-chotherapeutin FSP (AB 84.1/2 Ziff. 1.2, 84.1/9 Ziff. 3.2.2, 84.1/13 Ziff. 3.2.9, 84.1/16 Ziff. 7.1), und gab im Rahmen der Anamneseerhebung auch deren Berichte wieder (AB 40/2, 55, 84.1/6 Ziff. 2.1.4 und 2.1.6), er setzte sich mit diesen aber inhaltlich nicht auseinander.

Im Rahmen der neurologischen Exploration im J. \_\_\_\_\_ Bern wurde unter anderem der internistische Status erhoben und erfolgte eine Nach-Befundung des MRI der HWS vom 25. März 2014 (AB 73/1) durch Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie (AB 109.1/13). Den chronischen Nackenschmerzen wurde sodann kein relevanter Einfluss auf die Arbeits-fähigkeit beigemessen (AB 109.1/16), eine nachvollziehbare kritische Aus-einandersetzung mit der im früheren Befundbericht (AB 73/1) beschriebenen Möglichkeit einer Wurzelreizung fehlt jedoch. Die HWS-Beschwerden und Diskushernien fanden auch keinen Niederschlag im Katalog der Dia-gnososen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, stattdessen stellten die Dres. med. L. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ mit der Anpassungsstörung aus fachfremder Perspektive eine Diagnose (AB 109.1/13), welcher der psych-iatischen Fachdisziplin vorbehalten ist (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 209 f.).



#### 4.

**4.1** Nach dem Gesagten erweist sich der medizinische Sachverhalt als nicht rechtsgenügend abgeklärt. Damit fehlt die Basis für die durch die Verwaltung vorgenommene Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen anhand der Rechtsprechung von BGE 140 V 290 (AB 125/2; vgl. E. 2.3 hiervor) und lässt sich ein rentenbegründender Invaliditätsgrad auch nicht mit dem Vorliegen einer Beweislosigkeit begründen (Duplik S. 2).

**4.2** Bei dieser Ausgangslage rechtfertigt sich die von der Beschwerdeführerin explizit beantragte (Beschwerde S. 2 Ziff. I Ziff. 2 und S. 8 Ziff. III Art. 2 Ziff. 11) und zulässige (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.) Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin, damit sie in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) bei einer mit der Beschwerdeführerin bisher nicht befassten Stelle eine interdisziplinäre Begutachtung veranlasst. Dabei wird die Beschwerdegegnerin zu berücksichtigen haben, dass in Anbetracht der bildgebenden Befunde (AB 73/1) auch die geltend gemachten Nackenbeschwerden einzubeziehen sind. Weiter werden die Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Konsensbesprechung insbesondere die Frage zu beantworten haben, ob die offensichtlich vorliegende psychische Beschwerdesymptomatik Ursache oder bloss Folge eines somatischen Leidens ist. In diesem Sinne erweist sich die Beschwerde als offensichtlich begründet und ist gutzuheissen.

#### 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 von der Beschwerde-

führerin geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**5.2** Angesichts ihres Unterliegens hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Parteikosten zu ersetzen. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

In der Kostennote vom 24. Oktober 2016 hat Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 2'800.-- sowie Auslagen von Fr. 78.60 und die Mehrwertsteuer von Fr. 230.30 geltend gemacht. Diese Beträge sind nicht zu beanstanden. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 3'108.90 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 4. Dezember 2015 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre und 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. 3'108.90 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern (samt Kostennote der Beschwerdeführerin vom 24.10.2016)
- 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.