

200 16 431 IV  
KNB/IMD/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 11. September 2017**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_ AG, C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. März 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1987 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich – nachdem zwei frühere Leistungsgesuche infolge Verletzung der Mitwirkungspflicht abgewiesen worden waren (Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung [IV], [act. II] 111, 133) – am 20. Januar 2014 unter Hinweis auf diverse gesundheitliche Einschränkungen erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 134). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor und beauftragte die MEDAS D.\_\_\_\_\_ AG mit der interdisziplinären Begutachtung der Versicherten (act. II 171). Nachdem die Begutachtung aufgrund der Weigerung der Versicherten, sich körperlich untersuchen zu lassen (act. II 176), nicht durchgeführt werden konnte (act. II 175), stellte die IVB mit Vorbescheid vom 9. April 2015 (act. II 179) das Nichteintreten auf das Leistungsgesuch in Aussicht. In der Folge liess die Versicherte durch die sie behandelnde Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mitteilen, aufgrund einer im September 2013 erlittenen "traumatischen Erfahrung" sei es ihr nicht zuzumuten, sich körperlich untersuchen zu lassen (act. II 183, 192). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD [act. II 194 f.]) beauftragte die IVB Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der psychiatrischen Begutachtung der Versicherten (Gutachten vom 27. Januar 2016 [act. II 213.1]). Gestützt auf deren Gutachten sowie die Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin med. pract. Andrea J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 2. September 2015 (act. II 203) und nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 214, 218) wies die IVB das Leistungsgesuch mit Verfügung vom 17. März 2016 (act. II 219) mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens ab.

**B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_ AG, C.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 29. April 2016 Beschwerde mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei eine Begutachtung durch eine Psychiaterin mit Zusatzausbildung für Traumatisierungen durchzuführen. Anschliessend sei seitens der Beschwerdegegnerin neu zu verfügen. Des Weiteren beantragte sie, "das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_\_ sei im IV-Verfahren als gegenstandslos zu betrachten und zu löschen". Schliesslich ersucht sie darum, ihr einen unentgeltlichen Rechtsbeistand zur Seite zu stellen, der ihre Interessen im Gerichtsverfahren vertrete.

Mit prozessleitender Verfügung vom 23. Mai 2016 forderte der Instruktionsrichter die Beschwerdeführerin auf, ihr allfälliges Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege im Sinne der Befreiung von der Vorschuss- und Kostenpflicht zu begründen sowie zu belegen. Dieser Aufforderung kam die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 13. Juni 2016 nach.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 22. Juni 2016 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 26. Oktober 2016 hiess der Instruktionsrichter des Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege im Sinne der Befreiung von der Vorschuss- und Kostenpflicht gut; soweit die unentgeltliche Verbeiständung betreffend wies er das Gesuch ab.

Mit Eingabe vom 16. November 2016 nahm die Beschwerdeführerin Stellung zur Beschwerdeantwort. Gleichzeitig reichte sie diverse Berichte der behandelnden Ärzte zu den Akten.

Aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 24. März 2017) ergänzte die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 8. Mai 2017 ihre Beschwerdeantwort, wobei sie im Wesentlichen auf zwei RAD-Berichte vom 4. April 2017 verwies.

Mit Eingaben jeweils vom 7. Juni 2017 reichten die behandelnde Psychiaterin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sowie die Beschwerdeführerin Schlussbemerkungen ein.

## **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 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 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 17. März 2016 (act. II 219). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Mit dieser Regelung sind die bisher ungeschriebenen Rechtsgrundsätze und insbesondere die Rechtsprechung zur Ausscheidung der invaliditätsfremden Faktoren und zum Zumutbarkeitsprinzip neu ausdrücklich im Gesetz festgehalten (BGE 140 V 197 E. 6.2.1 S. 199, 135 V 215 E. 7.3 S. 230; Botschaft zur 5. IVG-Revision, BBl 2005 4530 ff.).

**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 Gesundheitsbeein-

trächtigkeit ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

**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** 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** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern

dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und 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 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

**2.6** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**2.7** Der den Sozialversicherungsprozess beherrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Gerichts – und der verfügenden Behörde – ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen mithin in diesem Verfahrensbereich in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, durch die Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222).

**3.**

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

**3.1.1** Im Austrittsbericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2013 betreffend eine Hospitalisation vom 25. bis 29. September 2013 (act. II 146 S. 10 ff.) wurden die folgenden Diagnosen aufgelistet:

1. 26-jährige Patientin mit Unterbauchschmerzen unklarer Aetiologie, DD Adenomyose mit/bei
  - 2006 LSC Appendektomie (keine Endometriose, leicht vergrösserte Ovarien)
  - Implanonträgerin (erster Wechsel 02/13)
  - Schmerzbedingte Inappetenz und Gewichtsverlust von ca. 20 - 25 kg in den letzten Monaten
2. Initiale leichte Dehydratation
3. Chronische Dyspepsie und Refluxbeschwerden seit 04/13 bei bekannter Laktoseintoleranz
  - 04/12 OGD gemäss Unterlage bland
  - 04/13 OGD unauffällig, damals MRI zum Ausschluss Pankreatitis empfohlen
  - 06/13 Zöliakie-AK negativ
  - Mangelernährung seit 04/13, Gewichtsabnahme von 25 kg in 4 - 5 Monaten, St. n. Adipositas mit BMI von 30 kg/m<sup>2</sup>
4. Penicillin-Allergie, Schmerzmittelunverträglichkeit: Voltaren, Zolpidem (peroral, wahrscheinlich im Rahmen der Diagnose 2)
  - Intravenös: Novalgin, Tramal, Pathidin Intoleranz: Blutdruckabfall
5. Psychosoziale Belastung
  - Spritzenphobie
6. Posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom (POTS)
  - Stützstrümpfe, Inderal, Gutron
7. Chronische Rückenschmerzen mit/bei
  - Spondylolisthesis L5-S1 Grad 1 nach Meyerding
  - Exazerbation im Bereich BWS 12/11 (MRI 11/11 unauffällig)
  - Verdacht auf somatoforme Aggravation, Akathisie
8. Cleidocraniale Dysplasie
  - St. n. multiplen Operationen (Kiefer, Gesicht, anamnestisch ca. 35x, erneute Operation geplant)
  - Schädeldysmorphie
  - Clavicula-Aplasie beidseits
  - Symphysendehiszenz mit retrovertiertem Acetabulum links
  - 2007 Plexusläsion
  - Beinlängendifferenz 3 cm zu Ungunsten der rechten Seite
  - Psychiatrisches Gutachten 07/11: Verdacht auf Minderintelligenz, Passivität, Begehrlichkeit
  - Stabilisierungsoperation bei rezidivierenden Schulterluxationen rechts 2008
9. Migräne mit Aura (ED 2010), Hypästhesien linke Gesichts- und Körperhälfte seit 07/11.

Am 27. September 2013 sei eine diagnostische Laparoskopie aufgrund von Unterbauchschmerzen durchgeführt worden. Der intraoperative Verlauf habe sich komplikationslos dargestellt. Für die beschriebenen Schmerzen sei kein klinisches Korrelat gefunden worden. Es bestehe noch die Möglichkeit einer Adenomyosis, weshalb die Einnahme von Visanne für drei Monate empfohlen werde.

**3.1.2** Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, diagnostizierte im Bericht vom 23. Mai 2014 (act. II 150) u.a. eine Blasenentleerungsstörung infolge einer diagnostischen Laparoskopie bei Dysmenorrhoe am 26. September 2013, bei der es zu einer Blockierung der Blasenableitung gekommen sei. Bei Unmöglichkeit eines Selbstkatheterismus erfolge die Harnableitung seit dem 28. November 2013 mittels Zystofix. Es träten rezidivierende Harnwegsinfekte auf, welche bei Schluckunfähigkeit mit intravenöser Antibiose therapiert würden. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit bestünden körperliche Einschränkungen durch Abhängigkeit von sauberen sanitären Einrichtungen. Arbeitsausfälle seien möglich; es bestehe eine Verlangsamung.

**3.1.3** Der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Chirurgie, führte im Bericht vom 18. August 2014 (act. II 155) aus, es stehe ausser Zweifel, dass die Versicherte verschiedene gesundheitliche Probleme habe, die sich auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirken dürften. Es sei jedoch auch eine Tatsache, dass über Jahre Motivationsprobleme bestanden hätten und immer wieder Termine nicht wahrgenommen worden seien. Er empfahl eine MEDAS-Begutachtung unter Berücksichtigung der Fachrichtungen Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Rheumatologie bzw. Orthopädie und Gynäkologie bzw. Urologie.

**3.1.4** Mit Bestätigung vom 4. November 2014 (act. II 161 S. 2) hielt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ fest, die gynäkologischen/urologischen Probleme ihrer Patientin hätten keinen Einfluss auf ihre Arbeitsfähigkeit. Auf eine weitere für die Patientin sehr unangenehme Untersuchung könne verzichtet werden.

**3.1.5** Im Bericht vom 14. April 2015 (act. II 183) führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, ihre Patientin habe im September 2013 eine traumatische

Erfahrung erlitten. Sie sei in ihrer physischen und psychischen Integrität verletzt worden und kämpfe seither darum, damit zurechtzukommen. Aus ärztlicher Sicht sei es ihr nicht zuzumuten, sich vor Ärztinnen oder Ärzten auszuziehen und sich von ihnen körperlich untersuchen zu lassen. Eine körperliche Untersuchung würde eine Retraumatisierung bedeuten. Es gehe also nicht darum, dass sie ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen wolle, sondern, dass sie es nicht könne.

In einem weiteren Bericht vom 28. Mai 2015 (act. II 192) hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, die Patientin stehe bei ihr seit dem 18. März 2015 in Behandlung. Sie leide unter einer komplexen Traumafolgestörung. Im Rahmen der Behandlung stehe man am Anfang der Stabilisierungsphase, wo es um den Aufbau einer therapeutischen Beziehung, um Aufbau von Vertrauen, um Schutz, um Beachten von Grenzen und um die Stärkung des Selbstwertes usw. gehe. Dies bedeute, dass sie von der Patientin noch kaum Informationen zu den erlittenen Traumata bekommen habe und sie darüber somit keine näheren Angaben machen könne. Es seien zweifelsohne Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung festzustellen.

**3.1.6** Dr. med. H. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 17. August 2015 (act. II 202) einen Status nach diagnostischer Laparoskopie am 26. September 2013, eine Adenomyose mit invalidisierender Dysmenorrhoe und einen Status nach schwerer Traumatisierung. Aufgrund einer schweren Traumatisierung sei ihre Patientin nicht im Stande, sich einer urologisch-gynäkologischen Untersuchung zu unterziehen. Es könne und sollte darauf verzichtet werden. Der somatische Gesundheitszustand sei stabil.

**3.1.7** In der Aktenbeurteilung vom 2. September 2015 (act. II 203) kam die RAD-Ärztin med. pract. J. \_\_\_\_\_ zum Schluss, aus rein somatischer Sicht habe nie ein die Arbeitsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden für die Ausbildung im ... Bereich oder als ... bestanden. Allerdings erhalte man den Eindruck, dass die Versicherte unter einer Prüfungsangst leide und erfolgreich gelernt habe, durch das Vorschieben einer somatischen Krankheit aus unangenehmen Situationen heraus zu kommen bzw. über diese Zuwendung durch ihr soziales Umfeld zu erhalten. Zur Klärung, ob eine psychiatrische Erkrankung vorliege, werde ein psychiatrisches Gutachten benötigt.

**3.1.8** Dr. med. K. \_\_\_\_\_ hielt im Gutachten vom 27. Januar 2016 (act. II 213.1) fest, bei der Untersuchung seien die psychopathologischen Befunde weitgehend unauffällig gewesen. Auffällig sei das kämpferische Verhalten der Explorandin gewesen. Sie habe sich in einer Opferrolle gezeigt. Ihre Angaben zu den vorhandenen Beschwerden stünden im Widerspruch zu den durchgeführten Aktivitäten und dem geschilderten Leistungsvermögen. Für eine posttraumatische Belastungsstörung fehle das Eingangskriterium der aussergewöhnlichen Bedrohung. Die Versicherte habe bei der Untersuchung eine starke Kränkung und eine Verbitterung gezeigt. Diese Symptomatik müsste der posttraumatischen Verbitterungsstörung zugeordnet werden. Dieses von Herrn Professor Linden in 2003 in Berlin vorgeschlagene Störungsbild habe keinen Eingang in die ICD-10-Klassifikation gefunden. Aufgrund der Angaben zur Vorgeschichte könne eine neurotische Entwicklung ausgeschlossen werden. Die Angaben im SKID-Fragebogen, die anamnestischen Angaben und das klinisch sichtbare Verhalten sprächen gegen eine Persönlichkeitsstörung. Depressive Symptome hätten nicht festgestellt werden können. Eine phobische Störung oder eine andere relevante Angststörung könne ausgeschlossen werden. Die Versicherte erkläre die Prüfungsängste selbst als nicht untersuchungsrelevant. Nach abgeschlossener öffentlicher Schule, Abschluss eines Aufenthaltes in der ... mit dem DELF A sowie abgeschlossener Fahrprüfung und erhaltener Fahrtauglichkeit könne dieser Einschätzung gefolgt werden. Die Kriterien einer somatoformen Störung seien weder aufgrund des Verhaltens der Versicherten noch aufgrund der Auswirkungen auf die täglichen Aktivitäten erfüllt. Hinweise auf eine organisch begründete Störung oder eine psychische Störung aus dem schizophrenen Formenkreis hätten sich nicht ergeben. Aufgrund der beschriebenen Freizeitaktivitäten und dem aktuell aufgenommenen Studium könne nicht von einer psychiatrisch begründeten Leistungseinschränkung ausgegangen werden. Vieles spreche dafür, dass es bei Bedarf zu Beanspruchung des Gesundheitssystems aus anderen Gründen komme (ICD-10: Z76.5). Der Verlauf und die Schilderung der Beschwerden sprächen nicht für eine artifizielle Störung. Würden aus psychiatrischer Sicht die Fähigkeiten der Versicherten gemäss ICF erfasst, seien Selbstpflege, Willensbildung und Wegefähigkeit nicht beeinträchtigt. Die Versicherte verfüge über intellektuelle Fähigkeiten, die ihrer Vorbildung entsprächen. Sie habe ein eigenständiges

Verhalten und passe sich nicht gerne ein, dabei sei sie gut durchsetzungsfähig. Sie habe gute feinmotorische Fähigkeiten, eine gute Reaktionsbereitschaft und ein gutes Gleichgewicht. In der Freizeit, bei selbstständigen Tätigkeiten und in den familiären Beziehungen sei sie nicht eingeschränkt. Die Versicherte fürchte Kritik und habe eine geringe Frustrationstoleranz. Aufgrund der Vorakten und der aktuellen Untersuchungsbefunde lasse sich aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestätigen (S. 25 f.).

**3.1.9** Im Schreiben vom 1. März 2016 (act. II 218) kritisiert Dr. med. E. \_\_\_\_\_ die Gutachterin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ dahingehend, dass sie sich nicht mit der aufgrund zahlreicher Absenzen gescheiterten Berufsausbildung auseinandergesetzt habe bzw. den Gründen dafür nicht nachgegangen sei. Die körperliche Leistungsfähigkeit werde ihr von der Patientin ganz anders geschildert, als es die Gutachterin darstelle. Durch die Erfahrungen im September 2013 im Spital M. \_\_\_\_\_ sei die Patientin psychisch traumatisiert, verletzt und misstrauisch gegenüber Medizinalpersonen geworden. Dazu komme, dass sie wegen unkorrekten Behandlungen nun einen Zystofix benötige. Dies bedeute eine grosse psychische Belastung. Weiter stelle das Wechseln des Zystofix in Kurznarkose alle zwei bis drei Monate eine körperliche und psychische Belastung dar.

**3.2** Das von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ erstellte Administrativgutachten vom 27. Januar 2016 (act. II 213.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines derartigen Berichts gestellten Anforderungen und erbringt damit vollen Beweis (vgl. E. 2.5 hiavor). Die Gutachterin hatte vollständige Aktenkenntnis und stützte ihre fachärztliche Beurteilung auf die zusätzlichen Erkenntnisse aus der klinischen Exploration vom 13. Januar 2016. Ihre Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und überzeugend. Die beschwerdeweise gegen die Expertise vorgebrachte Kritik verfängt nicht:

Wenn die behandelnde Psychiaterin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in verschiedenen Berichten das Vorliegen einer Traumafolgestörung bzw. einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1) postuliert (act. II 183, 192; act. IIIA 1), jedoch ohne von der Patientin überhaupt entsprechende Angaben erhalten zu haben und ihr zusätzlich – trotz fehlender Informationen – die Unzumutbarkeit, sich somatischen Untersuchungen zu

unterziehen, attestiert, überzeugt dies aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht. Wie die Gutachterin zu Recht ausgeführt hat, fehlt es diesbezüglich am "Eingangskriterium", einem belastenden Ereignis oder einer Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207). Nicht nur bleibt die behandelnde Ärztin hinsichtlich des angeblichen traumatisierenden Vorfalles in ihren Berichten äusserst vage ("Durch die traumatischen Erfahrungen im September 2013 im Spital M.\_\_\_\_\_ ist die Patientin psychisch traumatisiert, verletzt und misstrauisch geworden." [act. II 218 S. 2]; "Die Patientin hat die Eingriffe im Spital M.\_\_\_\_\_ als aussergewöhnliche Bedrohung erlebt." [act. I 6 S. 2]; "Die PTSD steht im Zusammenhang mit der stationären Behandlung im September 2013 im Spital M.\_\_\_\_\_." [act. I 5 S. 1]); im Bericht vom 28. Mai 2015 hielt sie sogar ausdrücklich fest, dass sie von der Patientin noch kaum Informationen zu den erlittenen Traumata bekommen habe (act. II 192 S. 2). Hinzu kommt, dass es auch an den für die Diagnose einer PTBS relevanten echtzeitlichen Befunden im unmittelbaren Nachgang zum Spitalaufenthalt im September 2013 fehlt. So treten die entsprechenden Beschwerden gemäss den diagnostischen Leitlinien innert Wochen bis Monaten, jedoch selten nach sechs Monaten auf. Ein ärztlicher Hinweis auf die angeblich im September 2013 erlittene traumatische Erfahrung findet sich jedoch erstmals im Schreiben von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 14. April 2015 (act. II 183), mithin eineinhalb Jahre später. Die psychotherapeutische Behandlung hat die Beschwerdeführerin denn auch erst am 18. März 2015 aufgenommen (act. II 192 S. 2). Von einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung (vgl. E. 2.2) kann damit keine Rede sein, zumal dem Bericht über die entsprechende Hospitalisation keine Hinweise darauf zu entnehmen sind, dass es im Verlauf des Eingriffs vom 27. September 2013 oder danach zu Komplikationen gekommen wäre; vielmehr wird von einem komplikationslosen Verlauf berichtet (act. II 146 S. 11). Die Vorgehensweise und Ausführungen der behandelnden Psychiaterin sind allenfalls aus therapeutischer Sicht erklärbar; dies macht die Berichte allerdings nicht überzeugender. Diesbezüglich darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im

Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Exemplarisch zeigt sich dies auch in der Darstellung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, wonach die Patientin einen Zystofix aufgrund unkorrekter Behandlungen benötige (act. II S. 218 S. 2). Dies ist eine Aussage, welche die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung getätigt hat (act. II 213.1 S. 2, 19, 22), die in den Akten jedoch keine Stütze findet. Vielmehr blieb der Grund für die Notwendigkeit des entsprechenden Eingriffs unklar (act. II 163). Dr. med. P. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, geht im Bericht vom 30. Mai 2017 (act. I 4) denn auch von einer psychogen bedingten Blasenentleerungsstörung aus. Eine diesbezügliche psychische Erkrankung konnte allerdings von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ nicht diagnostiziert werden. Unter diesen Umständen erübrigt sich die von der Beschwerdeführerin beantragte Begutachtung durch eine Psychiaterin mit Spezialausbildung für Psychotraumatologie, da davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

**3.3** Hinsichtlich des somatischen Gesundheitszustandes äusserte sich die Beschwerdeführerin gemäss Gutachten von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ dahingehend, dass sie der Meinung sei, aufgrund ihres Dysmorphiesyndroms eine Invalidenrente und Unterstützung für ihre Ausbildung (Maturität im Selbststudium) zu Gute zu haben (act. II 213.1 S. 19). Hierzu hat die RAD-Ärztin med. pract. J. \_\_\_\_\_ im Aktenbericht vom 2. September 2015 festgehalten, das Dysmorphiesyndroms bei fehlender Ausbildung der Clavicula beidseits habe die Versicherte weder am Skifahren noch am Eishockey spielen gehindert und sei somit auch für ihre begonnene Lehre im ... bei der N. \_\_\_\_\_ nicht relevant gewesen, da es sich dabei um eine leichte, abwechselnde, administrative Tätigkeit ohne Bewegungen handelte, die eine Schultergelenksluxation gefördert oder provoziert hätten (act. II

203 S. 15). Diese Einschätzung überzeugt; dies insbesondere mit Blick auf den Bericht der Klinik O. \_\_\_\_\_ vom 27. Juli 2009 (act. II 37 S. 7 ff.), worin festgehalten wurde, die Patientin sei bei einem Status nach offener Schulterstabilisierung mittels posteriorem, trikortalem Knochenblock (Entnahme rechter Beckenkamm) rechts am 4. November 2008 in einem administrativen Beruf aufgrund der rechten Schulter nicht mehr eingeschränkt.

In ihrer Beschwerde verweist die Beschwerdeführerin nunmehr in somatischer Hinsicht auf eine Überlaufblase mit Zystofix-Versorgung und eine Adenomyose mit invalidisierender Dysmenorrhoe welche zusammen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung in ihrer kumulierenden Wirkung Einfluss auf die Arbeits- und berufliche Integrationsfähigkeit hätten. Im Bericht von Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 26. April 2016 (act. I 1) wurde diesbezüglich festgehalten, dass bei der Patientin der dringende Verdacht auf eine schwere Adenomyose bestehe. Sie leide seit Jahren unter rezidivierenden, schweren Menometrorrhagien mit massiver Dysmenorrhoe (bis zum Kreislaufkollaps) und chronisch rezidivierenden Unterbauchschmerzen. Die gynäkologischen Probleme seien massgeblich daran beteiligt, dass die Patientin zum jetzigen Zeitpunkt nicht arbeitsfähig sei. Aufgrund der schweren posttraumatischen Belastungsstörung werde es als unmöglich angesehen, sie gynäkologisch zu untersuchen. Um die Verdachtsdiagnose einer Adenomyose zu stellen sei die sehr typische Anamnese ausreichend. Im Bericht vom 14. November 2016 (act. I 4 S. 3) stellte sie allerdings klar, dass die von ihr attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht allein aus der gynäkologischen Problematik resultiere. Während Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 4. November 2014 (act. II 161 S. 2) festhielt, die gynäkologischen/urologischen Probleme ihrer Patientin hätten keinen Einfluss auf ihre Arbeitsfähigkeit, und im Bericht vom 17. August 2015 (act. II 202) von einem stabilen somatischen Gesundheitszustand sprach, führte sie im Bericht vom 15. November 2016 (act. I 5) – ebenfalls fälschlicherweise von einer PTBS ausgehend – nunmehr aus, von Seiten der Adenomyose sei es seit 2013 auch unter Durchführung einer adäquaten Therapie erneut zu invalidisierenden Dysmenorrhoeen gekommen. Wiederholt habe die Patientin hospitalisiert werden müssen, um mittels intravenöser Analgesie eine Linderung ihrer ausgesprochen starken, invalidisierenden Schmerzen zu erreichen.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Aktenlage hinsichtlich des somatischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin unklar bleibt. Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass die – aufgrund der Verweigerung einer entsprechenden Untersuchung durch die Beschwerdeführerin (act. I 1 S. 1, 4 S. 2) – bislang lediglich als Verdachtsdiagnose gestellte Adenomyose tatsächlich vorliegt, ist damit noch nichts über deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gesagt. Immerhin ist dem Bericht von Dr. med. P. \_\_\_\_\_ vom 26. April 2016 (act. I 1) zu entnehmen, dass sich die Situation der Beschwerdeführerin unter hormoneller Therapie einigermaßen stabilisiert habe und sie zum Teil wochen- bis monatelang blutungsfrei sei. Zudem scheint sie ihre Ausbildung gemäss den Erhebungen der psychiatrischen Gutachterin ohne grössere Probleme absolvieren zu können (act. II 213.1 S. 20). Hinzu kommt, dass die behandelnden Gynäkologinnen Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und P. \_\_\_\_\_ die attestierte Arbeitsunfähigkeit – wie erwähnt – auch mit einer posttraumatischen Belastungsstörung begründen (act. I 1 S. 1, 5 S. 2), welche jedoch gemäss Gutachten von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ nicht vorliegt. Soweit sie sinngemäss geltend machen, eine umfassende Abklärung sei von der Beschwerdegegnerin nicht vorgenommen worden, ist darauf hinzuweisen, dass diese eine polydisziplinäre Begutachtung in die Wege geleitet hatte (act. II 169), die Beschwerdeführerin jedoch die somatischen Untersuchungen verweigert hat (act. II 177). Mit Schreiben vom 23. März 2015 (act. II 174) hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin zur Mitwirkung bei der medizinischen Abklärung aufgefordert und sie auf die Konsequenzen bei einer Mitwirkungspflichtverletzung hingewiesen. Insofern hat sie ihren Entscheid korrekterweise aufgrund der vorhandenen Akten getroffen. Gestützt auf diese ist nach dem Gesagten ein Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) erstellt bzw. liegt diesbezüglich teilweise Beweislosigkeit vor, was von der Beschwerdeführerin zu vertreten ist und zu ihren Ungunsten ausfällt (vgl. E. 2.7 hier vor). Damit hat es vorliegend mit der Leistungsabweisung sein Bewenden. Die Verfügung vom 17. März 2016 (act. II 219) ist dementsprechend nicht zu beanstanden und 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. Vorliegend werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

**4.2** Angesichts ihres Unterliegens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Ausrichtung einer 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. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ AG, C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,

3001 Bern

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.