

200 16 653 IV  
FUR/COG/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. Februar 2017**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Collatz

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. Juni 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1989 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde am 21. Januar 2013 unter Hinweis auf eine Fibromyalgie bei der Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung angemeldet (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Im weiteren Verlauf meldete sich die Versicherte am 23. Februar 2013 bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 9). Nach medizinischen und erwerblichen Erhebungen stellte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit Vorbescheid vom 29. Mai 2013 (AB 27) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (AB 28).

In der Folge veranlasste die IVB insbesondere eine interdisziplinäre Begutachtung durch die Fachärzte der MEDAS (Gutachten vom 10. Juni 2014; AB 44.1). Daraufhin stellte sie nach Einholung einer Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 62) mit Vorbescheid vom 17. Dezember 2015 (AB 63) wiederum die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (AB 64). Nach Rücksprache mit dem RAD (AB 72) verfügte die IVB am 10. Juni 2016 wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Leistungsbegehren ab (AB 73).

### **B.**

Hiergegen lässt die Versicherte am 11. Juli 2016 Beschwerde erheben und folgende Anträge stellen:

1. Die Verfügung vom 10. Juni 2016 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.

3. Eventualiter: Es sei eine neue Begutachtung anzuordnen und die Sache zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
4. Der Beschwerdeführerin sei für das Beschwerdeverfahren vor dem Verwaltungsgericht das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege zu erteilen unter Beiordnung von Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

Mit Beschwerdeantwort vom 8. September 2016 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 10. Juni 2016 (AB 73). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

## **2.2**

**2.2.1** 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).

**2.2.2** Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142

V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein solcher Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Die materielle Beweislast liegt bei der rentenansprechenden Person (E. 3.7). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist deshalb nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (E. 6).

**2.3** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

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

### 3.

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

**3.1.1** Die Beschwerdeführerin war vom 22. bis 30. August 2012 im Spital C.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 13. September 2012 (AB 16.12 S. 60 ff.) wurde insbesondere eine erhöhte Ermüdbarkeit und Tagesmüdigkeit diagnostiziert (S. 60). Trotz der umfangreichen Untersuchungen habe kein organisches Korrelat für die Beschwerden gefunden werden können. Differentialdiagnostisch komme ein chronisches Erschöpfungssyndrom in Frage. Möglich sei auch eine Somatisierungsstörung. Die Beschwerdeführerin sei mit der Möglichkeit einer psychosomatischen Genese konfrontiert worden. Diese habe eine den Beschwerden vorangehende Stress- oder Belastungssituation sowie unangenehme Lebensereignisse oder Konflikte verneint. Immerhin scheine die zeitliche und emotionale Hingabe für ihr Hobby (...) ein hohes Ausmass angenommen zu haben. Ob die Beschwerdeführerin ihren Ansprüchen neben den beruflichen Verpflichtungen und der Beziehung zum Freund gerecht werden könne, erscheine zumindest fraglich (S. 62).

**3.1.2** Im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 19. August 2013 (AB 30) wurden insbesondere ein Erschöpfungssyndrom und eine fibromyalgieforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) diagnostiziert (S. 1). Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin hätten die Beschwerden am Bewegungsapparat ab März 2012 zugenommen. Es bestünden eine erhöhte Erschöpfbarkeit, ein vermehrtes Schlafbedürfnis, eine Abnahme der Konzentrationsfähigkeit, ein verschwommenes Sehen sowie eine Licht- und Berührungsempfindlichkeit. In den letzten drei bis vier Monaten sei eine leichte depressive Entwicklung feststellbar. Die Schmerzen sowie die anderen somatischen Symptome seien teilweise stresskorreliert. Aktuell sei die Leistungs- und Funktionsfähigkeit stark eingeschränkt (S. 2).

**3.1.3** Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 10. Juni 2014 (AB 44.1) wurde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine idiopathische Hypersomnie diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden insbesondere ein chronisches Schmerzsyndrom im Schulter-

und Beckenbereich, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit Somatisierungstendenzen, und ein Verdacht auf akzentuierte neurotische Persönlichkeitszüge aufgeführt (S. 38).

Aus rheumatologischer Sicht fand sich ein panvertebrales Schmerzsyndrom verbunden mit muskulärer Dysbalance des Schultergürtels und ausgedehnten Druckschmerzarealen. Letztere überstiegen das Ausmass, wie sie bei einer Fibromyalgie gefunden würden. In einer leichten Tätigkeit in Wechselbelastung bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 21). Aus neurologischer Sicht wurde ausgeführt, die schlafmedizinischen Untersuchungen dokumentierten das Vorliegen einer Hypersomnie, verbunden mit einer exzessiven Tagesschläfrigkeit. Differentialdiagnostisch müsse an das Vorliegen einer idiopathischen Hypersomnie gedacht werden (S. 25). Hinweise auf eine Schlafmangelsituation, ein Schlafapnoe-Syndrom, ein Restless Legs-Syndrom und eine Narkolepsie-Erkrankung bestünden nicht. Etwas ungünstig sei die Medikation mit Tramal Retard®, welches grundsätzlich die Müdigkeitssymptomatik verstärken könnte (S. 24 f.). Die klinisch-neurologische Untersuchung sei aktuell unauffällig. Es fänden sich keine Hinweise auf eine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallsymptomatik. Ebenfalls fehlten Anhaltspunkte für eine zentrale Ursache der subjektiven Symptomatik. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse müsse davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit durch die exzessive Tagesschläfrigkeit relevant eingeschränkt sei. In einer reinen Bürotätigkeit könne die Beschwerdeführerin nicht mehr eingesetzt werden. Geeignet seien abwechslungsreiche Tätigkeiten mit leichter körperlicher Belastung, bei denen die Möglichkeit bestehe, zwischendurch Pausen einzulegen. In einer derart angepassten Tätigkeit bestehe medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 50% (S. 26). Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates liessen sich nicht rein somatisch erklären, sodass teilweise auch von einem funktionellen Geschehen auszugehen sei. Diese könnten als Somatisierungstendenzen im Rahmen des depressiven Leidens verstanden werden. In wie weit diese Beschwerden Ausdruck eines innerseelischen Konfliktes seien, könne nicht schlüssig beantwortet werden, zumal die Beschwerdeführerin emotionalen Inhalten gegenüber eine deutliche Abwehrhaltung zeige. Bei der jetzigen Untersu-

chung habe sie eine depressive Symptomatik gezeigt, welche in ihrem Ausmass einer leichten depressiven Episode entspreche. Aufgrund des psychischen Leidens bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% (S. 36). Aus ophthalmologischer und aus kardiologischer Sicht wurden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit festgestellt (S. 28 und S. 30).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten (Büro-)Tätigkeit aufgrund der aus neurologischer Sicht bestehenden Schlafproblematik nicht mehr einsetzbar. In einer abwechslungsreichen Tätigkeit mit körperlicher Belastung, bei denen die Möglichkeit bestehe, zwischendurch Pausen einzulegen, bestehe eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50% (S. 40).

**3.1.4** Im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2015 (AB 64 S. 5 f.) wurden eine exzessive Tagesschläfrigkeit unklarer Ätiologie und differentialdiagnostisch eine idiopathische Hypersomnie, Medikamenten induzierte oder nichtorganische Hypersomnie, diagnostiziert. Es persistiere unter chronischer Opiattherapie wegen invalidisierender Rückenschmerzen eine stark einschränkende Tagesmüdigkeit/Schläfrigkeit. Aufgrund der erneut durchgeführten Untersuchungen unter Rücksicht auf den individuellen Schlaf-Wach-Rhythmus komme differentialdiagnostisch aufgrund der 12 Stunden Schlafdauer eine idiopathische Hypersomnie in Frage. Es seien keine Hinweise für einen gestörten Nachtschlaf, eine Narkolepsie oder eine ungenügende Schlafhygiene gefunden worden. Die idiopathische Hypersomnie lasse sich aber nicht beweisen, weil ein kausaler Zusammenhang der Schläfrigkeit mit der Opiattherapie und wegen der auffälligen „Belle Indifference“ im Verhalten und den Hinweisen für ein „Multiple Chemical Hypersensitivity Syndrom“ auch eine funktionelle Genese im Sinne einer nichtorganischen Hypersomnie nicht ausgeschlossen werden könne. Allerdings könnten aktuell auch keine Depression oder Angsterkrankung diagnostiziert werden. Die Diagnose einer Fibromyalgie müsse bei den eng umschriebenen Rückenschmerzen und den klinischen Zeichen einer Torsion-Skoliose, ohne Beschwerden an den Extremitäten, angezweifelt werden (S. 6).

**3.1.5** Die RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, nahm im Aktenbericht vom

11. Dezember 2015 (AB 62) zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und insbesondere zum MEDAS-Gutachten vom 10. Juni 2014 Stellung. Es müsse festgestellt werden, dass sich seit 2012 trotz der subjektiv angegebenen hohen Schmerzintensität keine Zeichen eines Mindergebrauchs oder einer Schonhaltung objektivieren liessen. Gegen die vorgelegte Intensität der Schmerzen sprächen sowohl die normale affektive Schwingungsfähigkeit als auch die Befähigung zu körperlicher Arbeit unterschiedlicher Schwere (... , ... , Haushaltsversorgung, Lerntätigkeiten). Die vagen und stereotypen Beschwerdeangaben trotz gezielter gutachtlicher Nachfrage, die Diskrepanz zwischen Befinden und dem Fehlen hinreichend objektiver Korrelate, die fehlenden körperlichen Zeichen von Minderaktivität und das soziale Aktivitätsniveau als auch die fehlende Einengung des Denkens, die prospektive gedankliche Ausrichtung (Zukunftsvorstellungen) und das zielgerichtete Planen und Handeln entsprechend ihren Wünschen und Bedürfnissen sprächen sowohl gegen eine invalidisierende Schmerzsymptomatik als auch gegen eine invalidisierende neurologische oder psychiatrische Symptomatik und für Zweckverhalten. Ferner fänden sich Diskrepanzen zwischen den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin, dass sie Ein- und Durchschlafstörungen habe, und der kurzen Einschlafzeit im Schlaflatenztest und der normalen Polysomnographie. Es finde sich weiter eine Diskrepanz zwischen der vorgetragenen Intensität der Müdigkeit und den fehlenden kognitiven Beeinträchtigungen und dem komplexen sozialen Aktivitätsniveau. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage gewesen, sich den wechselnden Leistungsanforderungen mehrstündiger Begutachtungen an drei Tagen in Folge ohne Konzentrationseinbrüche und ohne Zeichen von Erschöpfung bis zum Abschluss schnell anzupassen. Eine erhöhte Einschlafneigung über Tag habe nicht objektiviert werden können. Die Beschwerdeführerin habe einen geregelten Tagesablauf mit zahlreichen Terminen innerhalb der Woche und einen geregelten Tag-Nacht-Rhythmus. Es seien weder ein automatisches Verhalten geschildert worden noch seien Zeichen vermehrter vegetativer Labilität klinisch festgestellt worden, die für das Vorliegen einer idiopathischen Hypersomnie sprechen könnten (S. 6). Diese Fakten sprächen in ihrer Gesamtheit gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten Schlafstörung jedweder Art und gegen die Leistungsbeurteilung des neurologischen Gutachters bzw. gegen die ab-

schliessende Gesamtbeurteilung. Zusammengefasst bestehe kein invalidisierender Gesundheitsschaden (S. 7).

**3.1.6** Im Bericht der Klinik E. \_\_\_\_\_ vom 17. Januar 2016 (AB 64 S. 7 ff.) wurden ein Verdacht auf ein chronic widespread syndrome (Fibromyalgie) und differentialdiagnostisch eine idiopathische Hypersomnie, medikamenteninduzierte Hypersomnie, diagnostiziert (S. 7). Die Diagnostik eines widespread pain syndrome sei rein klinisch, stütze sich auf die patienteneigene Selbstauskunft und gelte als gesichert, wenn keine andere plausible Erklärung für das Schmerzsyndrom vorliege. Nach wie vor fänden sich keine bildgebenden oder laborchemischen Parameter, welche pathognomonisch wären (S. 8).

**3.1.7** Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm die RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 31. Mai 2016 nochmals Stellung (AB 72). Gegen die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms sprächen das Fehlen einer schmerzbedingten Zwangs- oder Schonhaltung, das Fehlen eines Mindergebrauchs einer Extremität, der Ausschluss einer Nervenwurzel-, Nerven-, Hirn-, Rückenmarks-, Wirbelsäulen- oder Gelenkschädigung sowie der Ausschluss eines entzündlichen bzw. tumorösen Prozesses. Die idiopathische Hypersomnie stelle eine Ausschlussdiagnose dar. Das Fehlen einer kognitiven und/oder affektiven Störung spreche eindeutig gegen das Vorliegen eines krankhaft veränderten Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Beschwerdeführerin verhalte sich in sozialen Situationen sowohl Aufmerksamkeit suchend (histrionisch) als auch ziel- und zweckgerichtet, was sich anlässlich der MEDAS Begutachtung gezeigt habe. Es könne weiterhin auf die RAD-Beurteilung vom 11. Dezember 2015 abgestellt werden (S. 4).

**3.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

**3.2.1** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.2** 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 Beweismwürdigung 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).

**3.2.3** Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können – insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente – Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303, 130 V 352) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297).

**3.3** Aus rheumatologischer, ophthalmologischer, kardiologischer und internistischer Sicht erfüllt das MEDAS-Gutachten vom 10. Juni 2014

(AB 44.1) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor) und überzeugt. Die Gutachter haben sich in ihren fachärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Aus dem MEDAS-Gutachten geht klar und schlüssig hervor, dass weder aus rheumatologischer, ophthalmologischer, kardiologischer noch internistischer Sicht eine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt und dass – aus der Sicht dieser Fachdisziplinen – in der angestammten Bürotätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (S. 15, S. 21, S. 28, S. 30). Auf diese Beurteilung ist abzustellen. Dass die Beschwerdeführerin insbesondere den Bewegungsapparat betreffend keine massgebenden gesundheitlichen Einschränkungen aufweist, findet ihren Rückhalt in den vorliegenden Akten. So konnten sowohl die Fachärzte des Spitals C. \_\_\_\_\_ wie auch diejenigen der Klinik E. \_\_\_\_\_ kein organisches Korrelat für die geltend gemachten Beschwerden finden (AB 16.12 S. 62, 64 S. 8).

### **3.4**

**3.4.1** Soweit aus neurologischer Sicht aufgrund einer idiopathischen Hypersomnie eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit resp. eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert wird (AB 44.1 S. 26, S. 38), vermag das MEDAS-Gutachten jedoch nicht zu überzeugen. Die RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hat in ihren beiden Stellungnahmen vom 11. Dezember 2015 (AB 62) und 31. Mai 2016 (AB 72) in Kenntnis der medizinischen Vorakten einlässlich und nachvollziehbar begründet, weshalb auf diese aus neurologischer Sicht gestellte Diagnose und die gestützt darauf erfolgte Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht abgestellt werden kann. Dass die RAD-Ärztin keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, schadet – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5 Ziff. 5) – nicht. Denn die Voraussetzungen für ei-

nen rechtsgenügenden Aktenbericht (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b) sind vorliegend erfüllt. Insbesondere sind Anamnese und Verlauf ausführlich in den Akten dokumentiert. Auf die Einschätzung der RAD-Ärztin ist aus den nachfolgenden Überlegungen abzustellen.

Die RAD-Ärztin hat in ihren Stellungnahmen schlüssig dargelegt, weshalb das Bestehen einer idiopathischen Hypersomnie – oder einer anderweitigen Schlafstörung – zu verneinen ist. Dabei weist sie zu Recht und in Übereinstimmung mit den Akten auf die Diskrepanz zwischen der vorgetragenen Intensität der Müdigkeit, den fehlenden kognitiven Beeinträchtigungen und dem komplexen sozialen Aktivitätsniveau hin (AB 62 S. 6). Der RAD-Ärztin ist zuzustimmen, dass insbesondere die Tatsache, dass anlässlich der dreitägigen MEDAS-Untersuchungen weder eine Leistungseinbusse, eine Konzentrationsstörung oder eine erhöhte Einschlafneigung festgestellt werden können, gegen eine invalidisierende Schlafstörung spricht. Ferner weist die Fachärztin zu Recht darauf hin, dass das hohe Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin nicht im Einklang steht mit dem geschilderten Ausmass der Tagesmüdigkeit. So versorgt und reitet sie täglich ihr Pferd, versorgt ihre vier Zuchtkatzen, gibt stundenweise ... für ... und ..., macht (resp. machte) eine Ausbildung zur ... und erledigt zudem den Haushalt für sich und ihren Freund (AB 44.1 S. 11, S. 22, S. 32). Dass die Beschwerdeführerin sowohl in zeitlicher wie auch in emotionaler Hinsicht viel in ihre Freizeit investiert, wurde im Übrigen bereits im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 13. September 2012 (AB 16.12 S. 60 ff.) aufgeführt. Darüber hinaus wird das Bestehen einer idiopathischen Hypersomnie – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5 Ziff. 8) – weder im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2015 (AB 64 S. 5 f.) noch in demjenigen der Klinik E.\_\_\_\_\_ vom 17. Januar 2016 (AB 64 S. 7 ff.) bestätigt. In den entsprechenden Berichten wird diese einzig als Differentialdiagnose aufgeführt. Im Übrigen hat der neurologische Gutachter in seiner Beurteilung die idiopathische Hypersomnie ebenfalls (neben anderen allein) als Differentialdiagnose diskutiert und darauf hingewiesen, dass es sich bei dieser um eine Ausschlussdiagnose handelt (AB 44.1 S. 25).

Hinsichtlich der diagnostizierten idiopathischen Hypersomnie ist ferner festzuhalten, dass der neurologische MEDAS-Gutachter die Diagnose hauptsächlich gestützt auf eine Testscala nach der Problembeschreibung durch die Beschwerdeführerin und damit primär gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin stellt (AB 44.1 S. 24 f.). Die subjektiven Angaben der versicherten Person vermögen jedoch sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit 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). Ausgehend von dem zuvor geschilderten Aktivitätsniveau erweist sich die aus neurologischer Sicht aufgrund der diagnostizierten idiopathischen Hypersomnie attestierte gänzliche Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Bürotätigkeit resp. die 50%-ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit als nicht nachvollziehbar (vgl. diesbezüglich auch E. 3.2.3 hiervor). Der Gutachter hat der weitgehend fehlenden Konsistenz zwischen den Schilderungen der Beschwerdeführerin und ihrem Verhalten wie auch dem (medizinisch unnötigen) Medikamentenkonsum keine Beachtung geschenkt.

Bezüglich der von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen im Schultergürtel- und Beckenbereich und an den Extremitäten hat die RAD-Ärztin schlüssig dargelegt, weshalb – entgegen der Beurteilung des neurologischen MEDAS-Gutachters (AB 44.1 S. 24) – das Vorliegen eines chronischen Schmerzsyndroms zu verneinen ist. Dabei hat sie nachvollziehbar begründet, dass insbesondere das Fehlen einer objektiv feststellbaren, schmerzbedingten Zwangs- oder Schonhaltung gegen eine invalidisierende Schmerzsymptomatik spricht (AB 62 S. 6, 72 S. 4).

Letztlich bleibt darauf hinzuweisen, dass selbst wenn ein chronisches Schmerzsyndrom vorliegen würde, ein invalidisierender Gesundheitsschaden zu verneinen wäre. Die Prüfung der Indikatoren (vgl. E. 2.2.2 hiervor) – insbesondere die Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.) – belegt ohne weiteres die Überwindbarkeit der geltend gemachten Schmerzsymptomatik und führt damit zur Annahme einer

vollständigen Arbeitsfähigkeit. Hierzu ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht übermässig ist. Insbesondere war es der Beschwerdeführerin möglich, sich mit den Gutachtern auch über andere Themen als die Schmerzen zu unterhalten (vgl. u.a. AB 44.1 S. 21 f. und S. 30 ff.). Zudem hat sie gemäss eigenen Angaben einen regelmässigen Tagesablauf. Nach dem Aufstehen versorgt sie ihre Katzen und erledigt den Haushalt. Danach geht sie zu ihrem Pferd. Stundenweise erteilt sie ... für ... und ... . Daneben lernt sie für ihre Ausbildung zur ..., welche sie in der Zwischenzeit jedoch abgebrochen hat. Nach dem Abendessen schaut sie fern oder liest (AB 44.1 S. 11; Beschwerde S. 3 Ziff. 2). Massgebende psychiatrische Komorbiditäten bestehen nicht (vgl. E. 3.4.2 hiernach). Weiter sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin ein Leistungsvermögen ausschliesse. Der soziale Kontext zeigt, dass ein Beziehungsnetz besteht, indem die Beschwerdeführerin – nebst familiären Verhältnissen – Kolleginnen trifft (AB 44.1 S. 11, S. 32).

**3.4.2** Auch die psychiatrische Beurteilung im MEDAS-Gutachten vermag vorliegend nicht zu überzeugen. Vorab ist diese in sich widersprüchlich. Einerseits werden die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung und der Verdacht auf akzentuierte neurotische Persönlichkeitszüge bei den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (AB 44.1 S. 38) und die psychischen Einschränkungen als „zu geringfügig“ bezeichnet, „als dass sie eine relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen“ (S. 39). Andererseits wird aufgrund der psychiatrischen Befunde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% attestiert (S. 36 und S. 39). Bereits deshalb kann auf die Beurteilung des psychiatrischen MEDAS-Gutachters nicht abgestellt werden. Darüber hinaus hat die RAD-Ärztin schlüssig dargelegt, warum keine massgebende psychiatrische Störung besteht. Dies insbesondere unter Hinweis auf das (bereits vorstehend diskutierte) soziale Aktivitätsniveau, die fehlende Einengung des Denkens, die bestehenden Zukunftsvorstellungen und das zielgerichtete Planen und Handeln der Beschwerdeführerin (AB 62 S. 6). Dass keine depressive Störung besteht, steht im Übrigen im Einklang mit der Beurteilung im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2015 (AB 64 S. 6).

Selbst wenn – entsprechend der Beurteilung im MEDAS-Gutachten – eine (leichte) depressive Störung bestehen würde, würde dies vorliegend nichts ändern. Denn eine leichte depressive Episode ist rechtsprechungsgemäss (grundsätzlich) nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität (Art. 4 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG) zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Januar 2010, 9C\_260/2009, E. 2.3). Ebenfalls der im MEDAS-Gutachten aufgeführte Verdacht auf akzentuierte neurotische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73-1; AB 44.1 S. 35) ist aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht nicht von Belang, da dieser unter die sogenannten Z-Diagnosen fällt und damit keine rechtserhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung darstellt (vgl. Entscheid des BGer vom 6. November 2012, 9C\_437/2012, E. 3.3).

**3.5** Nach dem Dargelegten ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. Der Sachverhalt ist somit gestützt auf die vorliegenden Akten hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I 3) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Da keine Invalidität im Rechtssinne (vgl. E. 2.1 hiervor) vorliegt, besteht kein Anspruch auf Leistungen der IV. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

**4.1.1** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzun-

gen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

**4.1.2** Da die Beschwerdeführerin Sozialhilfe bezieht (vgl. Beschwerdebeilage [BB] 3), ist ihre Bedürftigkeit ausgewiesen. Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverteidigung ist zu bejahen. Somit sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege vorliegend erfüllt. Das entsprechende Gesuch der Beschwerdeführerin ist gutzuheissen und es ist ihr Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin beizuordnen.

**4.2** 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). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

**4.3** Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Festzusetzen bleibt indes das amtliche Honorar für Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_.

**4.3.1** Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die

Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

**4.3.2** Die Kostennote von Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ vom 22. November 2016, in welcher sie einen Aufwand von 3.40 Stunden à Fr. 280.-- (resp. Fr. 200.-- im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege) für ihre Tätigkeit und 6 Stunden à Fr. 160.-- (resp. Fr. 100.-- im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege) für die Tätigkeit des juristischen Mitarbeiters (vgl. Entscheid des BGer vom 6. Februar 2009, 5D\_175/2008, E. 4 mit Hinweis) geltend macht, ist nicht zu beanstanden. Somit ist der tarifmässige Parteikostenerersatz auf Fr. 2'167.-- (inkl. Auslagen von Fr. 94.50 und Mehrwertsteuer von Fr. 160.50) festzulegen. Entsprechend ist das amtliche Honorar auf Fr. 1'484.45 (Fr. 1'280.-- [3.40 Stunden à Fr. 200.-- und 6 Stunden à Fr. 100.--] zuzüglich Auslagen von Fr. 94.50 und Mehrwertsteuer von Fr. 109.95) festzusetzen und Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO (Art. 113 VRPG).

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

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. 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.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'167.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'484.45 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

#### **Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.

