

200 16 800 IV
SCJ/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Mai 2017

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. Juli 2016



Sachverhalt:

A.

Die im Jahre 1979 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 30. August 2011 mit Hinweis auf rechtsseitige Beeinträchtigungen nach Exstirpation eines Gehirn-Kavernoms bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Nach beruflichen und medizinischen Abklärungen verneinte die IVB mit Verfügung vom 23. Januar 2013 (AB 25) einen Leistungsanspruch mit der Begründung, es liege kein Krankheitsbild mit Invaliditätscharakter vor. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 26/3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 17. Juni 2013, IV/2013/130 (AB 30), ab. Das Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

Am 28. August 2013 (AB 31) beantragte die Versicherte wegen Lähmungserscheinungen beider Beine die Zusprechung eines Rollstuhls sowie weiterer Hilfsmittel. Am 8. Mai 2014 (AB 56) reichte sie mit Hinweis auf schwere Lähmungserscheinungen mit Gangstörungen, epileptische Anfälle, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit eine Anmeldung für eine berufliche Integration bzw. eine Rente ein. Die IVB tätigte in der Folge Abklärungen. Namentlich unterbreitete sie das medizinische Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme (AB 71). Mit Verfügung vom 20. Januar 2015 (AB 93) verneinte sie mangels Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne einen Anspruch auf Leistungen. Die dagegen vom beigezogenen Rechtsanwalt B. _____ erhobene Beschwerde (AB 95/3) hiess das Verwaltungsgericht mit Entscheid vom 7. Oktober 2015, IV/2015/173 (AB 106), gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit sie nach Vornahme weiterer Abklärungen, insbesondere dem Einholen eines polydisziplinären Gutachtens, neu verfüge.

C.

Vom 18. bis zum 22. Januar 2016 wurde die Versicherte im C. _____ (MEDAS) begutachtet. Gestützt auf das hierauf erstellte interdisziplinäre Gutachten vom 17. März 2016 (AB 130.1) stellte ihr die IVB mit Vorbescheid vom 19. April 2016 (AB 133) in Aussicht, mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu verneinen. Hiermit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (AB 136). Mit Verfügung vom 14. Juli 2016 (AB 138) entschied die IVB wie im Vorbescheid angekündigt.

D.

Mit Eingabe vom 8. September 2016 erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, hiergegen Beschwerde. Sie beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihr unter Kosten- und Entschädigungsfolge die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. Oktober 2016 auf Abweisung der Beschwerde.

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Standpunkten und den gestellten Anträgen fest.

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 14. Juli 2016 (AB 138). 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). 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).

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).

2.3 Liegt eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, sind die nachfolgenden Grundsätze zu beachten, wobei diese auch für vergleichbare Beschwerden gelten, denn aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche psychosomatischen Leiden den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298, 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283). Die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze sind deshalb u.a. analog anwendbar auf eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550, 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282) und eine dissoziative Bewegungsstörung (BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550, 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282).

2.3.1 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). Dem diagnoseinhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung ist vermehrt Rechnung zu tragen (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 286). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt sodann nur vor, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungsein-

schränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.3.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3.3 Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist 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. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.3.4 Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307).

2.4

2.4.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

2.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

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 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Wie das Verwaltungsgericht in VGE IV/2015/173 (AB

106) rechtskräftig und somit auch für dieses Verfahren verbindlich entschieden hat, ist im Vergleich zur Verfügung vom 23. Januar 2013 (AB 25) ein Revisionsgrund erstellt und folglich der Leistungsanspruch frei zu prüfen (E. 3.3). Weiter erachtete das Gericht den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt und wies die Sache zur Einholung eines interdisziplinären Gutachtens und neuen Verfügung zurück. Dem – anordnungsgemäss ergänzten – medizinischen Sachverhalt ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht des Zentrums D. _____ vom 6. März 2014 (AB 60/4) wurde eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert (S. 4). Die Versicherte sei in vielerlei Hinsicht im Alltag eingeschränkt. Sie könne sich nicht im vollen Masse um ihre Kinder kümmern. Auch ihrer beruflichen Tätigkeit könne sie derzeit unmöglich nachkommen. Eine Weiterführung der Gespräche sei sinnvoll und erfolgsversprechend. Im Zentrum der Psychotherapie stehe der Umgang mit Emotionen, damit verbunden auch die Bewältigung aktueller Belastungen (S. 5).

3.1.2 Prof. Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie, führte im Bericht vom 26. März 2014 (AB 55/3) aus, die Ursache der beiden von der Patientin erlittenen Anfälle, welche beide Male zu einer Hospitalisation geführt hätten, sei nicht geklärt. Die in den früh und während der anfallsartigen Ereignisse abgeleiteten Hirnstromkurven hätten keine Hinweise auf Epilepsie oder auf einen Status epilepticus ergeben. Das am 21. Februar 2014 erstellte EEG hätte keine epilepsiespezifische Aktivität gezeigt. Insgesamt bezweifelte Prof. Dr. med. E. _____ „sehr“, dass es sich bei diesen beiden Anfallsereignissen – auch aufgrund der festgehaltenen schriftlichen Befunde des Anfallsablaufes – um einen organischen epileptischen Anfall oder Status epilepticus gehandelt hat. Vielmehr sei von einem dissoziativen Anfallsereignis auszugehen. Betreffend Gangstörung und Paraparese erscheine eine organische Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems nicht möglich. Hier müsse durch eine intensive psychologisch-psychiatrische und physiotherapeutische Behandlung versucht werden, das Gangbild wieder gezielt so zu steuern, dass die Versi-

cherte nicht mit einem enormen Energie- und Kraftaufwand versuche, die Beine in Bewegung zu bringen (S. 4).

Im Privatsprechstundenbericht vom 10. April 2015 (AB 101) führte Prof. Dr. med. E. _____ aus, unverändert stehe das Bild einer dissoziativen Störung, vorwiegend mit abnormem Bewegungsmuster und dissoziativen „Anfallsereignissen“ im Vordergrund. Eine erneute physiotherapeutisch geführte Rehabilitation sei dringend angezeigt. Es sei gut möglich, dass bei dieser Versicherten auch suggestive oder Hypnose-Therapien eine gewisse Wirkung oder eine raschere Verbesserung des Bewegungsbildes ermöglichen könnten (S. 2).

3.1.3 Im MEDAS-Gutachten vom 17. März 2016 (AB 130.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit dissoziative Störungen, gemischt, sowie eine Epilepsie unklarer Ätiologie mit fokalen und generalisierten Anfällen diagnostiziert (S. 45 Ziff. 7). Aktuell im Vordergrund stehe klar die dissoziative Störung der Patientin. Sie sei an den Rollstuhl gebunden und zeige auffällige Fehlstellungen der Hände sowie pathologische Bewegungsmuster an oberen und unteren Extremitäten, welche neurologisch topisch nicht zuzuordnen seien. Objektiv fassbare Befunde im Sinne einer zentralnervösen bzw. einer peripher-neurogenen Läsion fänden sich nicht. Auch beklage die Versicherte Blasen- und Mastdarmfunktionsstörungen. Anlässlich der MEDAS-Untersuchung habe sich die Diagnose einer gemischten dissoziativen Störung bestätigt. Bei Fehlen neurologisch fassbarer objektiver Befunde bezüglich der Bewegungs- und Empfindungsstörungen sei – auch bei weitestgehend unauffälligem psycho-pathologischem Status – doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen einer schweren psychogenen Störung auszugehen. Einerseits hätten nach Aktenlage bereits seit der Kindheit auffällige (neurologische) Symptome, deren Zuordnung letztlich schwierig gewesen sei, bestanden. Andererseits und führend seien in den letzten Jahren neurologisch-betonte Symptome aufgetreten und wieder verschwunden, so beispielsweise die rechtsseitige Halbseitenparese, die heute in keiner Weise mehr nachgewiesen werden könne. Schliesslich seien die aktuellen von der Patientin geklagten resp. gezeigten Bewegungsstörungen somatisch nicht zuzuordnen. Kompliziert werde das

heutige syndromale Zustandsbild durch eine nachgewiesene Epilepsie unklarer Ätiologie (S. 46 Ziff. 9).

Aus psychiatrischer Sicht müsse heute von einer wesentlichen dissoziativen Störung, d.h. einer ausgeprägten Abspaltung psychischer und physischer Funktionen ausgegangen werden. Im Rahmen der Differentialdiagnostik müsse bei dissoziativen Störungen immer auch ein bewusstseinsnahes Verhalten diskutiert werden. Hinweise für ein solches hätten anlässlich der Begutachtung nicht gefunden werden können. Hingegen hätten sich konsistente pathologische Bewegungsmuster gezeigt (S. 46 f. Ziff. 9).

In der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin eines ... sei die Patientin nicht arbeitsfähig. Dies gelte seit April 2011. Falls die Patientin im weiteren Verlauf ihre Steh- und Gehfähigkeit überhaupt je wiedererlange, wären Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten mit Sturzgefahr sowie an Maschinen mit Verletzungsgefahr nicht geeignet (S. 47 Ziff. 10). Auch in einer adaptierten Tätigkeit bestehe heute keine Arbeitsfähigkeit. Einerseits sei die Patientin aktuell steh- und gehunfähig. Deren Mobilität werde zusätzlich durch die pathologischen Bewegungsmuster im Bereich der Hände eingeschränkt, welche auch den Gebrauch von Krücken nicht ermöglichen würden. Die Angaben der Versicherten, heute mit einem Unterarmrollator noch mobil zu sein, würden aufgrund der aktuellen pathologischen Bewegungsmuster eher unwahrscheinlich erscheinen. Jedenfalls bestehe keine Mobilität, welche die Verwertung einer Restarbeitsfähigkeit ermöglichen würde (Ziff. 11).

Indiziert sei eine Wiederaufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung. In Frage kämen hypnotherapeutische Verfahren oder auch psychoanalytische Verfahren. Solche könnten die Arbeitsfähigkeit der Patientin möglicherweise verbessern. Aufgrund der bereits mehrjährigen Krankheitsdauer werde eine solche Behandlung längere Zeit, d.h. mehrere Jahre, in Anspruch nehmen. Eine psychiatrische Behandlung sei der Patientin zumutbar, soweit entsprechende Hilfsmittel für Transport etc. zur Verfügung ständen (S. 48 Ziff. 12).

3.1.4 Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 11. August 2016 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 5) fest, er bestätige, dass die Patientin ausgedehnt

psychiatrisch und psychologisch abgeklärt und behandelt worden sei. Darunter sei es zu einer stetigen Progredienz der Erkrankung gekommen. Somit könne er (Dr. med. F. _____) attestieren, dass eine neuerliche psychiatrische oder psychologische Therapie nicht erfolgversprechend sei, medizinisch nicht indiziert sei und zu keiner Reduktion der Invalidität führen werde.

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).

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 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört

vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der Verfügung vom 14. Juli 2016 (AB 138) im Wesentlichen auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 14. März 2016 (AB 130.1). Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm – in rein medizinischer Hinsicht – uneingeschränkte Beweiskraft zukommt. Die Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchung und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis von allen Vorakten und würdigten in ihrer Beurteilung sämtliche ihnen zur Verfügung stehenden Informationen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Die Schlussfolgerungen werden im Wesentlichen auch von der Beschwerdeführerin geteilt. Einzig erhebt diese gegen die gutachterliche Feststellung, wonach hypnotherapeutische oder psychoanalytische Verfahren ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit möglicherweise verbessern könnten (AB 130.1 S. 48 Ziff. 12), Einwände (Beschwerde S. 5 ff. und Replik S. 2 ff.). Diese vermögen den Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens indessen nicht zu schmälern. Die Einschätzung des Internisten und Hausarztes Dr. med. F. _____, eine neuerliche psychiatrische oder psychologische Therapie sei nicht erfolgsversprechend, medizinisch nicht indiziert und werde zu keiner Reduktion der Invalidität führen (BB 5), vermag keine Zweifel an der MEDAS-Beurteilung hervorzurufen. Wie das Bundesgericht im Entscheid vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E. 3.2.3, festhielt, kommt der Einschätzung eines Internisten zur aus einer dissoziativen Bewegungsstörung resultierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nur beschränkte Aussagekraft zu. Die fachliche Qualifikation der Ärzte ist hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussagen von erheblicher

Bedeutung. Daran ändert der Umstand, dass Dr. med. F. _____ als langjähriger Hausarzt die Beschwerdeführerin bestens kennt (vgl. Replik S. 3), nichts. Gleiches gilt für deren Ausführungen zum Privatsprechstundenbericht des Neurologen Prof. Dr. med. E. _____ vom 10. April 2015 (Beschwerde S. 5 und Replik S. 3). Nur weil dieser festhält, dass verschiedene psychologisch-psychiatrische Betreuungen in der Vergangenheit „eigentlich keinerlei“ Einfluss zu erbringen vermochten (AB 101 S. 2), bedeutet dies nicht bereits, dass das Leiden der Beschwerdeführerin therapeutisch nicht (mehr) angebar ist, d.h. keine therapeutische Option mehr besteht und von einer Behandlungsresistenz auszugehen ist. Vielmehr nimmt auch Prof. Dr. med. E. _____ an, dass suggestive oder Hypnose-Therapien eine gewisse Wirkung oder eine raschere Verbesserung des Bewegungsbildes ermöglichen könnten. Dass er Zweifel an der Wirksamkeit einer erneuten psychotherapeutischen Behandlung äussere (vgl. Replik S. 3), ist dem Privatsprechstundenbericht nicht zu entnehmen.

3.4 Aufgrund des Dargelegten ist nachfolgend gemäss BGE 141 V 281 anhand einer Prüfung der massgebenden Standardindikatoren (vgl. E. 2.3.3 hiervor) zu prüfen, ob rechtlich die Voraussetzungen zur Annahme einer invalidisierenden Gesundheitsschädigung erfüllt sind. Aufgrund des MEDAS-Gutachtens (AB 130.1) ist erstellt, dass die dissoziative Störung der Beschwerdeführerin klar im Vordergrund steht, womit eine fachärztlich einwandfrei diagnostizierte Gesundheitsbeeinträchtigung vorliegt. Daran ändert der Umstand, dass zusätzlich ungünstige psychosoziale Faktoren vorhanden sind, nichts, sind diese doch gemäss den Ausführungen der MEDAS-Gutachter für das heutige Krankheitsbild nicht führend (vgl. AB 103.1 S. 40 f.). Ausschlussgründe bestehen keine, wird doch der Beschwerdeführerin von den Gutachtern weder Aggravation noch Simulation vorgeworfen, liegen keine Hinweise für ein bewusstseinsnahes Verhalten vor und zeigte sie konsistente pathologische Bewegungsmuster (vgl. S. 46 f. Ziff. 9).

3.5 In der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ ist zwischen den Komplexen „Gesundheitsschädigung“ (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resis-

tenz sowie Komorbiditäten), „Persönlichkeit“ und „Sozialer Kontext“ zu unterscheiden.

3.5.1 Wie im MEDAS-Gutachten eindrücklich beschrieben wird, sind die diagnoserelevanten Befunde und Symptome ausgeprägt vorhanden. Die Beschwerdeführerin ist steh- und gehunfähig. Die Mobilität wird zusätzlich durch die pathologischen Bewegungsmuster im Bereich der Hände eingeschränkt, welche auch den Gebrauch von Krücken verunmöglichen. Ihre Angaben, sie sei mit einem Unterarmrollator noch mobil, stuften die Gutachter aufgrund der aktuellen Befunde als unwahrscheinlich ein (S. 47 Ziff. 11).

Was den Behandlungs- und Eingliederungserfolg und somit auch die Behandlungsresistenz betrifft, ist noch nicht von einem definitiven Scheitern sämtlicher medizinisch indizierter therapeutischer Massnahmen auszugehen. Diesbezüglich hat das beweiskräftige MEDAS-Gutachten ergeben, dass ein aufdeckendes psychotherapeutisches Verfahren oder eine Hypnosetherapie möglich ist (AB 130.1 S. 42 Ziff. 4.3.7 und S. 48 Ziff. 12; vgl. E. 3.3 hiervor). Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, überzeugt nicht. Sie hat im September 2014 die psychotherapeutische Behandlung im D._____ in ... beendet, wobei einem im Gutachten erwähnten, aber nicht aktenkundigen Bericht vom 8. Oktober 2014 (AB 130.1 S. 12 f. Ziff. 2.2) entnommen werden kann, dass auf ihren eigenen Wunsch hin die Therapie beendet wurde. Dies wird von der Beschwerdeführerin nicht in Abrede gestellt. Seither hat sie unbestritten keine neue psychiatrische resp. psychotherapeutische Therapie aufgenommen. Zum damaligen Zeitpunkt erachteten die Ärzte jedoch eine Behandlung als indiziert. So führte Prof. Dr. med. E._____ im Privatsprechstundenbericht vom 21. März 2014 (AB 55/3) aus, es müsse durch intensive regelmässige psychologisch-psychiatrische und physiotherapeutische Behandlung versucht werden, das Gangbild wieder gezielt so zu steuern, dass die Beschwerdeführerin nicht mit einem enormen Energie- und Kraftaufwand versuche, die Beine in Bewegung zu bringen (S. 4). Auch der behandelnde Psychologe, Dr. phil. G._____, hielt im Bericht vom 6. März 2014 (AB 60/4) eine Weiterführung der Psychotherapie für sinnvoll und Erfolg versprechend (S. 5). Somit sind vorliegend die therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten noch

nicht ausgeschöpft, d.h. es ist (noch) nicht von einer schweren und therapeutisch nicht (mehr) angehbaren psychischen Störung auszugehen. Daran ändert der Umstand nichts, dass die MEDAS-Gutachter nur von einer möglichen Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit und einer mehrjährigen Dauer der Behandlung ausgehen.

Komorbiditäten liegen lediglich hinsichtlich der im MEDAS-Gutachten ebenfalls mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten Epilepsie (AB 130.1 S. 45 Ziff. 7) vor. Die geschilderten Anfallsereignisse beurteilte jedoch Prof. Dr. med. E. _____ bereits im Bericht vom 21. März 2014 (AB 55/3) bei fehlendem Nachweis epilepsiespezifischer Aktivität im EEG überwiegend wahrscheinlich als dissoziative Aktivität (S. 4). Damit handelt es sich um Beschwerdebilder, die bloss als diagnostisch unterschiedlich erfasste Variante derselben Entität mit identischen Symptomen erscheinen, welche gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301) von vornherein keine Komorbidität darstellen.

3.5.2 Der Komplex der Persönlichkeit lässt nicht auf eine Leistungsminde- rung schliessen. So lagen anlässlich der MEDAS-Untersuchung keine Persönlichkeitsfaktoren vor, welche das psychische Krankheitsbild erschweren würden. Der psychopathologische Befund war unauffällig (vgl. AB 130.1 S. 46 Ziff. 9).

3.5.3 Hinsichtlich des sozialen Kontextes ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin eine intakte Tagesstruktur hat, selbst einen sozialen Rückzug verneint (AB 130.1 S. 20 E. 3.4) und einen guten Kontakt zu ihren Eltern pflegt (S. 18). Sie ist verheiratet und Mutter zweier Kinder. Diese durchaus mobilisierenden Ressourcen vermögen ihr Leistungsvermögen zu bestimmen. Das negative Verhältnis zu ihren Schwiegereltern hat keine rechtlich relevanten Auswirkungen auf den Komplex „sozialer Kontext“.

3.6 Bei der Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) sind die Kategorien „gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ und „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ zu unterscheiden. Die anlässlich der Untersuchung in der MEDAS erhobenen Befunde und festgestellten Einschränkungen beeinträchtigen die Beschwerdeführerin in al-

len vergleichbaren Lebenslagen gleichmässig. Inkonsistenzen wurden von den Gutachtern keine vorgefunden (Ab 1301.1 S. 47). Auch ist gemäss den Unterlagen offensichtlich ein hoher subjektiver Leidensdruck ausgewiesen. Letztlich bleibt aber nicht nachvollziehbar, weshalb sie sich einer indizierten psychiatrischen resp. psychotherapeutischen Behandlung entzieht. Daher fällt der Indikator „Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ nicht entscheidend zu Gunsten der Beschwerdeführerin aus.

3.7 In Würdigung sämtlicher Umstände hat die gemischte dissoziative Störung – in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin – zumindest aktuell keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne der Rechtsprechung zur Folge. Sollte die indizierte psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung trotz optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin nicht zu einer Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führen, d.h. falls zu einem späteren Zeitpunkt ein definitives Scheitern der Therapie und somit eine Behandlungs- und Eingliederungsresistenz erstellt sein sollte, ist nicht auszuschliessen, dass dannzumal von einem leistungsbegründenden invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen wäre. Zu prüfen wäre diesfalls, ob jedoch nicht eine allfällige Restarbeitsfähigkeit bestünde, da die Gutachter die Arbeitsunfähigkeit letztlich allein mit der fehlenden Mobilität begründen (AB 130.1 S. 47), was für sich allein noch nicht zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führen muss.

3.8 Aufgrund des Dargelegten ist die angefochten Verfügung vom 14. Juli 2016 (AB 138) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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