

200 16 973 IV  
MAW/SCM/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 26. Juni 2017**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Schädeli

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. September 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1965 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 1. September 2014 unter Hinweis auf Depressionen und ein Trauma bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 1). Im Rahmen medizinischer und erwerblicher Abklärungen wurde die Beschwerdeführerin im Dezember 2015 in der MEDAS E.\_\_\_\_\_ GmbH (MEDAS) polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 23. Mai 2016 [AB 67.1]). Gestützt darauf stellte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) der Versicherten mit Vorbescheid vom 31. Mai 2016 (AB 68) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Auf dagegen erhobenen Einwand (AB 74, 78) sowie unter Berücksichtigung der Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 80, 85) verfügte die IVB am 13. September 2016 wie angekündigt (AB 86).

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, am 12. Oktober 2016 Beschwerde. Sie lässt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie dem Rentenentscheid vorausgehend die rechtsgenügeliche Abklärung des Gesundheitszustands mittels Anordnung eines Gerichtsgutachtens im Bereich Psychiatrie / Psychologie beantragen.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. November 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

In der prozessleitenden Verfügung vom 24. November 2016 führte der Instruktionsrichter aus, er beabsichtige eine Begutachtung bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, D.\_\_\_\_\_ GmbH, in Auftrag zu geben und gab den Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme.

Mit Eingabe vom 8. Dezember 2016 erhob die Beschwerdegegnerin keine Einwände gegen die vorgeschlagene Gutachterin und den Fragenkatalog, währenddem die Beschwerdeführerin keine Stellungnahme einreichte.

Am 12. Dezember 2016 beauftragte das Gericht Dr. med. C. \_\_\_\_\_ mit der psychiatrischen Begutachtung und unterbreitete ihr den Fragenkatalog.

Zum entsprechenden Gutachten vom 9. März 2017 (im Gerichtsossier) äusserten sich die Parteien am 4., 5. und 27. April 2017.

Am 26. Juni 2017 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs.1 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

## **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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 13. September 2016 (AB 86). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

**2.2.1** Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht

gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**2.2.2** Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

**2.3** 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).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht ergeben die Akten folgendes Bild:

**3.1.1** Vom 15. April bis 4. Juni 2004 wurde die Beschwerdeführerin im Spital F. \_\_\_\_\_ stationär abgeklärt und behandelt. Im diesbezüglichen Bericht vom 1. Juli 2004 (AB 12 S. 29 ff.) führten die Ärzte als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), eine Depression, ein Verdacht auf eine funktionelle Visusverminderung des rechten Auges sowie starke Menstruationsbeschwerden aus (S. 29). Zuweisungsgründe seien die PTBS mit Albträumen über die Kriegstraumata, Flashbacks, Schlafstörungen und eine depressive Begleitsymptomatik mit Antriebs- und Freudlosigkeit sowie gedrückter, trauriger Stimmung und grossem Leidensdruck gewesen (S. 30).

**3.1.2** Im Rahmen der Hospitalisation vom 28. Oktober bis 23. November 2004 diagnostizierten die Ärzte der psychiatrischen Dienste G. \_\_\_\_\_, im Bericht vom 10. Dezember 2004 (AB 12 S. 25 ff.) eine somatoforme

Schmerzstörung mit histrionischen Zügen und depressiver Entwicklung (ICD-10 F45.0).

Vom 20. Oktober 2004 bis 29. April 2005 war bei den psychiatrischen Diensten G.\_\_\_\_\_ zudem eine teilstationäre Behandlung erfolgt. Im diesbezüglichen Bericht vom 28. April 2005 (AB 12 S. 22 ff.) wurde eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom bei Verdacht auf eine PTBS (ICD-10 F32.21) diagnostiziert.

**3.1.3** Zu der vom 24. Dezember 2005 bis 7. Februar 2006 erfolgten Hospitalisation äusserten sich die Ärzte der psychiatrischen Dienste H.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 13. Februar 2006 (AB 48 S. 8 ff.) folgendermassen: Die Zuweisung sei aufgrund von Kopfschmerzen, rezidivierendem Erbrechen und abdominalen Beschwerden bei gleichzeitig fehlendem organischem Korrelat erfolgt (S. 8). Diagnostisch wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine PTBS, starke Menstruationsbeschwerden bei Uterusmyom sowie eine chronische Obstipation festgehalten (S. 11).

**3.1.4** Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 30. März 2006 (AB 12 S. 16 ff.) berichteten die Ärzte über die stationäre Abklärung und Behandlung vom 8. Februar bis 17. März 2006. Es wurden die nachstehenden Diagnosen gestellt: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), PTBS (ICD-10 F43.1), schwergradige Depression (ICD-10 F32.2), Erythrozyturie bei Uterushinterwandmyom (ICD-10 D25.9), chronische Obstipation (ICD-10 K59.0) sowie Akne papulopustulosa vulgaris (ICD-10 L70.0; S. 16).

**3.1.5** Vom 20. April bis 2. Juni 2006 (Bericht vom 10. Juni 2006 [AB 48 S. 6 ff.]) sowie vom 3. Juli bis 1. September 2006 (Bericht vom 27. September 2006 [AB 48 S. 2 ff.]) erfolgte je eine weitere Hospitalisation bei den psychiatrischen Diensten H.\_\_\_\_\_.

**3.1.6** Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste G.\_\_\_\_\_ vom 21. September 2006 (AB 12 S. 14 f.) wurden – nach teilstationärer Behandlung in der Tagesklinik vom 7. bis 30. Juni 2006 – eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom bei Verdacht auf eine PTBS (ICD-10 F32.21) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnos-

tiziert (S. 14). Am 3. Juli 2006 habe der Ehemann der Beschwerdeführerin über eine Spitaleinweisung nach Suizidversuch mit Medikamenten informiert (S. 15; vgl. auch AB 48 S. 2).

**3.1.7** Vom 21. Mai bis 7. Juni 2014 war die Beschwerdeführerin im Spital I. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Bericht vom 19. Juni 2014 (AB 46) diagnostizierten die Ärzte ein komplexes Schmerzsyndrom mit Generalisierung bei somatischen und psychischen Anteilen, eine PTBS sowie eine rezidivierende mittel- bis schwergradige depressive Episode (S. 2). Bei der Eintrittsuntersuchung habe sich die Beschwerdeführerin in einem reduzierten Allgemeinzustand, total erschöpft durch die Ganzkörperschmerzen, präsentiert. Sie habe über Kraft- und Energielosigkeit, Übelkeit, sehr schwankende Stimmung, Apathie und Angstzustände geklagt. Die seit mehreren Jahren bekannten Schmerzen und apathische Stimmung hätten nur leicht positiv beeinflusst werden können, die Entlassung sei in leicht gebessertem Zustand erfolgt (S. 3).

**3.1.8** Im Bericht vom 30. Dezember 2014 (AB 27) hielten die psychiatrischen Dienste J. \_\_\_\_\_ fest, vom 11. August bis 12. November 2014 sei eine teilstationäre Behandlung in der Akuttagesklinik erfolgt (vgl. auch Austrittsbericht vom 25. November 2014 [AB 67.4 S. 13 ff.]). Diagnostiziert wurde eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine dissoziative Bewegungs- und Sensibilitätsstörung (ICD-10 F44.7), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere bis schwere Episode (ICD-10 F33.1/33.2), sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; S. 1). Prognostisch liege eine starke Chronifizierung der Symptome mit komplexer Komorbidität vor. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... bestehe seit Februar 2014 eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Beeinträchtigend auf das alltägliche Leben wirkten sich lähmende und einschränkende Schmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, häufige Müdigkeit, Antriebslosigkeit, wenig Ausdauer, starke Ängste und getriggerte posttraumatische Symptome wie Kopfschmerzen, Flashbacks usw. aus (S. 3).

**3.1.9** Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 30. April 2015 (AB 35) folgende Diagnosen: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotisches Syndrom (ICD-10 F32.2), PTBS (ICD-10 F43.1) sowie eine So-

omatisierungsstörung (S. 1). Seit dem 18. März 2014 bestehe als Reinigungsfrau eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit, wobei am 8. April 2015 eine Hospitalisation erfolgt sei (S. 5). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne mittelfristig kaum gerechnet werden. Ein wesentlicher Erfolg sei selbst im stationären Bereich kaum wahrscheinlich (S. 6).

**3.1.10** Im Bericht vom 18. August 2015 (AB 52) führten die psychiatrischen Dienste J. \_\_\_\_\_ aus, vom 9. April bis 8. Mai 2015 sei eine stationäre Behandlung erfolgt. Diagnostisch wurden eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere bis schwere Episode (ICD-10 F33.1 / F33.2), aufgeführt (S. 2). Seit März 2014 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres (S. 4). Eine längerfristige Prognose könne nicht abgegeben werden, angesichts der starken Chronifizierung sei es jedoch unwahrscheinlich, dass in absehbarer Zeit eine substanzielle Verbesserung des psychischen Zustands erreicht werden könne (S. 3).

**3.1.11** Im Dezember 2015 wurde die Beschwerdeführerin durch die MEDAS in den Fachbereichen Kardiologie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie exploriert. Im dazugehörigen Gutachten vom 23. Mai 2016 (AB 67.1) hielten die Ärzte im interdisziplinären Konsens keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie die folgenden Diagnosen (S. 23):

- Adipositas Grad I
- Leichte Fettstoffwechselstörung
- Verwachsungsbeschwerden bei Zustand nach Appendektomie
- Wiederkehrende Zervikodorsolumbalgien bei initialen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und leichter Wirbelsäulenfehlstatik in Form betonter BWS-Kyphose
- Senk-Spreizfuss beidseits
- Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0)

Aus neurologischer Sicht könne keine Diagnose mit versicherungsmedizinischer Relevanz gestellt werden. Ohne Bedeutung seien nach anamnestischen Angaben ein Spannungskopfschmerz und ein fraglich zervikogener Kopfschmerz links festgestellt worden. Weiter sei ein akzidentiell gemessener erhöhter Liquoreröffnungsdruck ohne Relevanz, klinische Zeichen einer sog. benignen intrakraniellen Hypertension bestünden hingegen nicht

(S. 21). Die Arbeitsfähigkeit könne ohne entsprechend objektivierbare versicherungsmedizinisch relevante Diagnosen nicht als reduziert beurteilt werden. Die Symptomausweitung und teilweise nicht authentische Symptompräsentation resp. das aggravatorische Verhalten könnten für die Bewertung der Arbeitsfähigkeit nicht herangezogen werden (S. 19). In kardiologischer Hinsicht finde sich ein normaler Befund. Die leicht eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit sei auf einen Trainingsmangel zurückzuführen, es bestünden keine Hinweise auf eine Rechts- oder Linksherzinsuffizienz, die Herzauskultation sei unauffällig. Nicht von versicherungsmedizinischer Relevanz seien Verwachsungsbeschwerden nach Appendektomie, eine Adipositas Grad I sowie eine leichte Fettstoffwechselstörung mit Erhöhung des Cholesterins und des Neutralfetts (vgl. auch kardiologisches Teilgutachten vom 7. Dezember 2015 [AB 67.3]). Bei der orthopädischen Begutachtung hätten sich HWS, BWS und LWS in ihrer Beweglichkeit jeweils frei gezeigt. Der körperliche Untersuchungsbefund betreffend die Wirbelsäule korreliere gut mit dem vorliegenden Bildmaterial (S. 21). Die angefertigten Röntgenaufnahmen der HWS, BWS und LWS zeigten nur initiale degenerative Veränderungen und nur eine geringgradige Verstärkung der BWS-Kyphose (S. 21 f.). Wenn auch eine akute Pathologie an der Wirbelsäule nicht nachweisbar sei und hinreichende Hinweise auf das Vorliegen einer vertebralem Nervenwurzelreizung aus keinem Betrachtungswinkel festgestellt werden könnten, so seien doch gelegentliche funktionelle Irritationen an der Wirbelsäule denkbar. Hinweise auf das Vorliegen einer rheumatischen Systemerkrankung oder einer Fibromyalgie fänden sich im Rahmen der aktuellen Begutachtung nicht. Die bestehende Fussfehlstatik bedinge keine Gesundheitsstörung von IV-Relevanz (S. 22). Bei der psychiatrischen Untersuchung und Exploration habe sich gemäss Gutachter eine deutliche Aggravation dargestellt. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten, insbesondere im Ausdrucksverhalten. Dabei seien die angeführten intensiven Schmerzen ebenso wie die Schilderung der Kriegserlebnisse, vage geblieben. Medizinische Behandlung werde kaum in Anspruch genommen und eingefordert. Die Klagen wirkten sehr demonstrativ und letztendlich auf den Gutachter unglaubwürdig. Es würden schwerwiegende Einschränkungen im Alltag angeführt, wobei jedoch das psychosoziale Umfeld als weitgehend intakt bezeichnet werden könne. Auch die für dieses

Gutachten erhobenen Laborparameter würden für eine negative Antwortverzerrung und mindestens für eine sehr bewusstseinsnahe Aggravation sprechen. Dies gelte auch für die in der Zusatzuntersuchung angeführten Ergebnisse des Rey-Testes (S. 50). Es liege ein sehr auffälliges Verhalten vor, welches nicht durch ein primäres krankheitswertiges versicherungsrelevantes psychiatrisches Leiden erklärt werden könne. Es könne weder eine schwerwiegende depressive Störung noch eine Persönlichkeitsstörung, psychotische Störung oder somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehe sicherlich keine Traumafolgestörung (S. 51).

In der interdisziplinären Beurteilung bestehe sowohl in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 23 f.). Ein negatives Fähigkeitsprofil lasse sich von orthopädischer Seite nicht formulieren, wenn auch lang anhaltende statische Belastungen der Wirbelsäule, lange Belastungen der Wirbelsäule ausserhalb der Körperachse sowie lang anhaltende körperlich schwere Arbeiten als ungünstig zu werten seien. Auch Arbeiten verbunden mit häufigem Bücken und dem Heben von Lasten über 25 kg sollten nicht zugemutet werden. Tätigkeiten mit häufigem Kauern oder Bücken sollten eher vermieden werden wegen der damit allfällig möglichen intrakraniellen Druckerhöhung. Andere Einschränkungen aus neurologischer Sicht bestünden nicht. Ideal sei eine körperlich leichte oder mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Explorandin fähig, sämtliche dem körperlichen Belastungsprofil angepassten Tätigkeiten, die keinen wesentlichen Anspruch an die Kognition, Umstellungsfähigkeit und Flexibilität stellten, vollschichtig auszuüben (S. 23).

**3.1.12** Auf Veranlassung des Gerichts wurde die Beschwerdeführerin am 19. und 26. Januar 2017 von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ exploriert. Im diesbezüglichen Gutachten vom 9. März 2017 (im Gerichtsossier) stellte die Psychiaterin die folgenden Diagnosen (S. 13):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Depressive Störung, zurzeit schwer (ICD-10 F32.11 [sic]), mit somatischem Syndrom und psychotischen Anteilen
- Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F62.0 [sic])
- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Anamnestisch Cortisol-Dysregulation, in Abklärung

Die Einschränkungen würden sich primär aus der depressiven Störung ergeben, indem Trägheit, Müdigkeit, Erschöpfung, Morgentief, affektive Limitierung, Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten und schwere psychomotorische Hemmung es beinahe verunmöglichten, überhaupt eine Tätigkeit in Angriff zu nehmen, geschweige denn eine ausserhäusliche. Seitens der PTBS bzw. der komplexen posttraumatischen Störung ICD-10 F62.0 fänden sich Einschränkungen, indem die Explorandin reizempfindlich (Sirenen, Geballer, Flugzeuge) sei und jeweils in (Todes-)Angst versetzt werde und dann in lebendig gewordenen Erinnerungen gefangen sei. Dies sei begleitet von psychovegetativen Zeichen wie Gänsehaut, Übelkeit und Erbrechen. In solchen Momenten sei sie gänzlich ausserstande, irgendwelche Tätigkeiten durchzuführen oder zu verrichten, sie verliere den Faden, müsse gegebenenfalls sogar den Ort verlassen. Zum Dritten wirkten sich die somatisierten Beschwerden (ICD-10 F45.0) in Form eines labilen und dekompressionsfreudigen oberen Gastrointestinaltrakts, der kardiovaskulären Beschwerden, der Kopfschmerzen sowie der Inkontinenzsymptomatik einschränkend aus. Auch diese Phänomene würden es verunmöglichen Belastungen standzuhalten und die Explorandin zwingen, wider ihren Willen abubrechen, was immer sie im Begriff zu tun gewesen sei (S. 15). Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus, die Explorandin könne in der zweiten Tageshälfte begleitet kleinere Einkäufe machen oder beim Zubereiten der Mahlzeit behilflich sein (Gemüse schneiden). Sie könne in „guten Momenten“ Wäsche zusammenfalten und aufräumen. Ihr Leistungsvermögen sei grossen (Tages-)Schwankungen ausgeliefert und das Unvermögen sei nicht planbar. Sie könne nicht allein ausser Haus gehen. Die Mithilfe im Haushalt sei die am besten angepasste vorstellbare Tätigkeit, überall sonst wäre die Leistungsfähigkeit (noch) deutlich schlechter (S. 19).

**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** Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach konstanter Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe gerade darin besteht, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist, von unzutreffenden Sachverhaltshypothesen ausgeht (BGE 119 V 335 E. 4c S. 346) oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann zudem gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b aa S. 352; SVR 2014 UV Nr. 32 S. 107 E. 3.2).

**3.3** Aus den nachfolgenden Überlegungen ergibt sich, dass das ME-DAS-Gutachten vom 23. Mai 2016 (AB 67.1) – auf welches sich die Be-

schwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 13. September 2016 (AB 86) abgestützt hat – mehr überzeugt, als das Gerichtsgutachten vom 9. März 2017 (im Gerichtsossier), weshalb triftige Gründe vorliegen, vom Gerichtsgutachten abzuweichen (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Das MEDAS-Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtend; zudem sind die Schlussfolgerungen der Experten nachvollziehbar begründet abgefasst (vgl. E. 3.2.1 hiervor). Unter sorgfältiger Erhebung der Anamnese und Befunde gelangten die Gutachter zum Schluss, dass keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (AB 67.1 S. 23) und der Beschwerdeführerin sowohl die zuletzt ausgeübte ausserhäusliche Erwerbstätigkeit als auch Tätigkeiten im Haushalt vollumfänglich zumutbar seien (AB 67.1 S. 26). Darauf kann abgestellt werden.

**3.3.1** Soweit das Vorliegen einer schweren depressiven Störung umstritten ist (vgl. Gerichtsgutachten S. 13 f., AB 12 S. 8, 14, 16, 22 und 29 f., 18.2 S. 1, 25 S. 20, 27 S. 1, 35 S. 1, 46 S. 2, 52 S. 2), ist Nachstehendes zu beachten:

Die depressiven Episoden und damit verbundenen stationären und teilstationären Behandlungen in den Jahren 2004 bis 2006 (vgl. E. 3.1.1 bis 3.1.6) werden von den MEDAS-Gutachtern nicht grundsätzlich in Abrede gestellt. Vielmehr führen diese aus, der Zeitraum von 2004 bis 2006 sei retrospektiv schwer beurteilbar, wobei anzunehmen sei, dass zumindest in diesen Zeiten eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (AB 67.1 S. 51). Dabei sind die depressiven Episoden insbesondere auch massgeblich im Zusammenhang mit dem damals hängigen Asylverfahren zu sehen. Im Herbst 2005 war der Familie offenbar mitgeteilt worden, dass sie per Januar 2006 die Schweiz verlassen müsse, wobei sich die Symptomatik der Beschwerdeführerin massiv verstärkt habe, bis am 23. Dezember 2005 ein Spitaleintritt erfolgt sei (AB 12 S. 15, 48 S. 3 und 8 f.). Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste H. \_\_\_\_\_ über die Hospitalisation vom 20. April bis 2. Juni 2006 wurde festgehalten, dass eine erneute Ablehnung des Asylgesuchs zwei Wochen vor Eintritt eine zusätzliche Belastung dargestellt habe (AB 48 S. 6; vgl. auch AB 52 S. 3). Zudem bestanden fortwährend finanzia-

elle Probleme (vgl. AB 52 S. 3, 67.1 S. 50). Solche durch soziale Umstände dominierten Gesundheitsbeeinträchtigungen, die bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, stellen als reaktives Geschehen keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (vgl. E. 2.2.2 hiavor sowie Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. Februar 2016, 9C\_668/2015, E. 3). Zwischen 2006 und 2013 war denn auch eine deutliche gesundheitliche Verbesserung eingetreten (vgl. AB 67.1 S. 50). Die Beschwerdeführerin nahm kaum medizinische Behandlungen in Anspruch (vgl. AB 67.1 S. 51) und hatte ab ca. 2005 eine teilzeitliche Anstellung als ... in einem Privathaushalt inne. In den Jahren 2012 und 2013 führte sie zusätzlich eine vollzeitliche Tätigkeit in einem ... aus (AB 67.1 S. 11). Eine im Jahr 2012 offenbar erneut eingetretene Verschlechterung stand wiederum mit psychosozialen Belastungsfaktoren im Zusammenhang, berichtete die Beschwerdeführerin doch gegenüber Dr. med. C. \_\_\_\_\_, dass damals ihre Tochter ausgezeichnet sei, woraufhin sie sehr traurig geworden sei. Wenn die Tochter zu Besuch gekommen sei, habe sie sich gut gefühlt, sobald diese gegangen sei, seien alle Beschwerden wieder hochgekommen (Gerichtsgutachten, S. 8; auch gegenüber dem MEDAS-Gutachter berichtete sie, dass der Auszug der Tochter sehr schwierig gewesen sei [AB 67.1 S. 44]). Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste J. \_\_\_\_\_ vom 25. November 2014 führten die Ärzte zur depressiven Episode ebenfalls familiäre Veränderungen sowie ein Wegfall bzw. Defizit sozialer Verstärkung (Wegfall wichtiger Bezugsperson und längere Arbeitslosigkeit) aus (AB 67.4 S. 13). Unter Berücksichtigung der Befunderhebung (AB 67.1 S. 46 - 48), sämtlicher vorhandener Akten sowie des anlässlich der Exploration vom 14. Dezember 2015 vorzeitig beendeten Rey-Tests (AB 67.1 S. 48) gelangte der psychiatrische MEDAS-Gutachter zum Schluss, dass eine deutliche Aggravation vorgelegen habe (AB 67.1 S. 50) und eine depressive Störung mit Sicherheit nicht (mehr) bestehe (AB 67.1 S. 51). Eine Symptomausweitung, teilweise nicht authentische Symptompräsentation bzw. ein aggravatorisches Verhalten stellte im Übrigen auch der neurologische MEDAS-Gutachter fest und beschrieb die Beschwerdeführerin als in einer Leidensrolle und erlernter Hilflosigkeit gefangen (vgl. AB 67.1 S. 14 und 16 - 19). Dass eine (vorübergehende) Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2014 bestanden haben könnte, wird vom psychiatrischen MEDAS-Gutachter nicht ausgeschlossen (AB 67.1 S. 51).

**3.3.2** Zu der von den Ärzten mehrfach angeführten PTBS (vgl. Gerichtsgutachten S. 13, AB 8 S. 2, 12 S. 11, 16 und 29, 27 S. 1, 35 S. 1, 46 S. 2, 48 S. 11, 52 S. 2), gilt was folgt:

Eine PTBS entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Angst und Depression sind häufig mit den Symptomen und Merkmalen der PTBS assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.0) über. Neuere Übersichtsarbeiten sprechen von einer "sizeable minority" in einer Grössenordnung von 10 %, bei denen über Jahre hinweg Symptome einer PTBS persistieren. Insbesondere progrediente Entwicklungen widersprechen dem zu erwartenden degressiven Charakter posttraumatischer Störungen (BGE 142 V 342 E. 5.1 S. 345 f.). Bei diesem Krankheitsbild bedürfen bereits die Herleitung und Begründung der Diagnose besonderes Augenmerk (vgl. BGE 142 V 342 E. 5.2.2 S. 347 sowie Entscheid des BGer vom 24. November 2015, 9C\_195/2015, E. 3.3.1). Nebst der ihrerseits für die Bejahung einer PTBS bedeutsamen Schwere des Belastungskriteriums erfordert die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung eine eingehende Prüfung. Diese beträgt nach ICD-10 wenige Wochen, bis (sechs) Monate. Besondere Begründung braucht es dabei in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll (BGE 142 V 342 E. 5.2.2 S. 347).

Die Kriegserlebnisse der Beschwerdeführerin sind in den Akten nur sehr vage und erst einige Jahre nach der Einreise in die Schweiz dokumentiert (vgl. Gerichtsgutachten S. 8, AB 35 S. 3, 48 S. 9). Auch auf Fragen des psychiatrischen MEDAS-Gutachters äusserte die Beschwerdeführerin nur sehr ungenaue Erlebnisse und Bilder einer Auslösesituation durch Flugzeuge oder Hubschrauber, wobei der Bericht eher wie aufgesetzt, erlernt und angelesen gewirkt habe. Das in der Aktenlage angeführte dissoziative

Erleben erscheine eher als eine im Rahmen eines möglichen depressiven Erlebens bestandene Anhedonie, nicht als tatsächliche Depersonalisierungs- oder Derealisationsphänomene. Auch liessen sich Albträume nicht in der Form explorieren, wie dies für die Diagnosestellung notwendig wäre. Ebenso lasse sich ein Hyperarousal mit Intrusionen und Vermeidungsverhalten nicht explorieren. Eine möglicherweise früher bestandene Antriebs- und Freudlosigkeit sowie Schlafstörungen, würden in einer damals möglicherweise bestandenen depressiven Symptomatik aufgehen. Zudem möge eine psychosoziale Entlastung sowie eine durchgeführte psychotherapeutische und eine medikamentöse Behandlung zu einer Besserung beigetragen haben. Letztendlich hätten Traumafolgestörungen insgesamt doch auch eine günstige Prognose, was bei der Beschwerdeführerin der Fall sein dürfte. Zum heutigen Zeitpunkt der Begutachtung könne mit Sicherheit keine komplexe Traumafolgestörung und auch keine einfache Traumafolgestörung festgestellt werden. Eine Beeinflussung und eine Belastung durch vorbestehendes Erleben und biographische Elemente möge es gegeben haben. Möglicherweise hätten verschiedene Symptome vor Jahren Bestand gehabt, die nun jedoch nicht mehr explorierbar seien. Letztendlich liessen sich diese auch nicht retrospektiv bei der genauen Befragung der Beschwerdeführerin explorieren und finden, so dass insgesamt eine Verbesserung und ein Rückgang der Symptomatik postuliert werden könne (AB 67.1 S. 50). Auch diese Ausführungen des MEDAS-Gutachters vermögen zu überzeugen. Die Diagnose einer PTBS wurde von den behandelnden Ärzten und der Gerichtsgutachterin aufgrund der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin gestellt, wobei auffällt, dass hinsichtlich dieser Schilderungen Inkonsistenzen und Widersprüche bestehen. In Berichten des Spitals F. \_\_\_\_\_ wird (wie im MEDAS-Gutachten [AB 67.1 S. 3, 27, 31 und 46]) ausgeführt, die Kriegstraumatisierung in ... habe bereits 1998 stattgefunden (AB 8, 12 S. 8, 25 S. 20), während in Berichten des Spitals G. \_\_\_\_\_ über eine Bombardierung ihres Dorfes im Jahr 2001 geschrieben wird (AB 12 S. 22 und 25), was mit den Ausführungen von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ (AB 35 S. 3) sowie denjenigen im Bericht der psychiatrischen Dienste H. \_\_\_\_\_ (AB 48 S. 2) übereinstimmt, wobei hier auch noch festgehalten wird, der Ehemann sei gezwungen worden, für die ... als Soldat zu kämpfen, weshalb er bei einer Rückschaffung (das Asylgesuch wurde damals abgelehnt und eine Ausreisefrist angesetzt) ins

Gefängnis müsse (AB 48 S. 2 f.). Schliesslich schilderte die Beschwerdeführerin der Gerichtsgutachterin (ohne die Ereignisse zu datieren), die ...sei ins Dorf gekommen, die verbliebenen Bewohner hätten für diese unter Waffengewalt arbeiten müssen. Sie sei mit den Kindern anschliessend in die Stadt gegangen, wo sie dem Bombenhagel ausgesetzt gewesen seien (Gerichtsgutachten S. 8).

In Würdigung der gesamten Situation ist auch nicht zu vergessen, dass eine jahrelange (2006 bis 2013) gesundheitliche Verbesserung zu beobachten war, in welcher eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde (vgl. AB 14, Stellungnahme des RAD vom 17. August 2016 [AB 80 S. 4] und 9. September 2016 [AB 85 S. 3]).

**3.3.3** Zusammenfassend ist aufgrund des schlüssigen und daher beweiskräftigen MEDAS-Gutachtens vom 23. Mai 2016 (AB 67.1) erstellt, dass insbesondere mit Blick auf das festgestellte aggravatorische Verhalten der Beschwerdeführerin keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt und demnach sowohl die zuletzt ausgeübte ausserhäusliche Erwerbstätigkeit als auch Tätigkeiten im Haushalt uneingeschränkt zumutbar sind.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten besteht mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens von vornherein kein Anspruch auf eine Invalidenrente, womit sich sowohl ein Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) als auch Weiterungen zur Statusfrage (vgl. zur sog. gemischten Methode: Art. 28a Abs. 3 IVG sowie BGE 142 V 290 E. 4 S. 293) erübrigen. In der Folge ist die gegen die Verfügung vom 13. September 2016 (AB 86) erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder

Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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.

**5.2** Es besteht kein 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:

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.