

200 18 3 IV  
FUE/BRM/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 28. Mai 2018**

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiber Braune

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. November 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1965 geborene A.\_\_\_\_\_, gelernte ..., meldete sich am 20. März 2006 (Eingang bei der Verwaltung: 31. März 2006) unter Hinweis auf psychische und orthopädische Beschwerden bei der IV-Stelle Bern (IVB) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung in Form von Berufsberatung, Umschulung auf eine neue Tätigkeit sowie Hilfsmittel an (Akten der IVB [act. II] 1 ff.). Nach entsprechenden Abklärungen, insbesondere einer psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Juni 2007 (act. II 19) gewährte die IVB Wiedereingliederung in den bisherigen Beruf (act. II 24). Am 19. Dezember 2007 zog die Versicherte ihr Gesuch um Leistungen der Invalidenversicherung vorbehaltlos zurück (act. II 32), worauf die IVB dieses als gegenstandslos abschrieb (act. II 33).

Am 20. Mai 2012 (Eingang bei der IVB: 7. Juni 2012) suchte die Versicherte erneut um Leistungen nach, namentlich beantragte sie Umschulung auf eine neue Tätigkeit sowie Arbeitsvermittlung (act. II 35). Die in der Folge gewährte Arbeitsvermittlung (vgl. act. II 55) schloss die IVB am 18. Januar 2014 ab, nachdem sich die Versicherte mit einem eigenen ... selbständig gemacht hatte (act. II 57).

Eine neuerliche Anmeldung für Berufliche Integration/Rente vom 14. Oktober 2015 ging am 19. Oktober 2015 bei der IVB ein; zur gesundheitlichen Beeinträchtigung gab die Versicherte einen Rückfall der Depression sowie Überforderung/Burnout an (act. II 58). Die IVB führte ein Erstgespräch mit der Versicherten durch (act. II 66, 73), holte medizinische (act. II 67, 68) sowie erwerbliche (act. II 70) Unterlagen ein und ordnete auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. act. II 77 S. 5 f.), in der MEDAS E.\_\_\_\_\_, (MEDAS), unter Beteiligung der Fachgebiete Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie, Urologie und Neurologie eine polydisziplinäre Begutachtung an (act. II 82, 88). Das Gutachten wurde am 27. September 2016 erstattet (act. II 91.1). Sodann liess die IVB einen Ab-

klärungsbericht für Selbständigerwerbende erstellen (Bericht vom 28. April 2017; act. II 98 S. 2 ff.). Gestützt auf diese Abklärungen stellte die IVB der Versicherten bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 20% mit Vorbescheid vom 9. Mai 2017 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (act. II 99). Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch die F.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_, Sozialarbeiterin FH, am 26. Juni 2017 Einwand erheben mit den Anträgen, der Versicherten sei eine ganze Invalidenrente zuzusprechen und es sei eine berufliche/arbeitsmedizinische Abklärung der Leistungsfähigkeit vorzunehmen; unter Hinweis auf Berichte der behandelnden Psychiaterin sowie des behandelnden Internisten wurde dabei geltend gemacht, dass die Leistungseinschränkungen in diesen Fachgebieten im Gutachten zu gering eingeschätzt worden seien (act. II 106). Hierzu liess die IVB den RAD, Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Stellung nehmen (act. II 110) und verfügte am 16. November 2017 entsprechend dem Vorbescheid (act. II 111).

## **B.**

Mit Beschwerde vom 27. Dezember 2017 lässt die Versicherte, vertreten durch die B.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_, beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die IVB sei anzuweisen, den Sachverhalt näher abzuklären, insbesondere eine berufliche/arbeitsmedizinische Abklärung der Leistungsfähigkeit vorzunehmen, sowie der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung wird – unter Berufung auf die bereits im Vorbescheidverfahren vorgelegten Berichte der behandelnden Ärzte – im Wesentlichen geltend gemacht, dass die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig sei und es diesbezüglich weiterer Abklärungen bedürfe, wobei auch die geänderte Praxis des Bundesgerichts zur Beurteilung psychischer Beschwerden zu berücksichtigen sei.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 27. Februar 2018 beantragt die IVB die 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** Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 16. November 2017 (act. II 111). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

**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).

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** 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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Für die Bestimmung des IV-Grades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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).

**2.4** Um den IV-Grad 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 be-

urteilen 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).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

### **3.**

**3.1** Vorab ist festzuhalten, dass es sich vorliegend – auch wenn sich die Beschwerdeführerin bereits früher zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung angemeldet hatte – nicht um eine Neuanschuldung in dem Sinne handelt, dass sich die Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG beurteilen würde. Die Regeln der Neuanschuldung beziehen sich nämlich nur auf

gleichlautende Leistungsgesuche (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] vom 6. Januar 2006, I 581/05, E. 4.2), was hier nicht der Fall ist; zudem fand bisher keine umfassende materielle Prüfung des Rentenanspruchs statt.

**3.2** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.2.1** Im Gutachten vom 6. Juni 2007 hielt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, derzeit leicht bis mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) fest. In der bisherigen Tätigkeit bestehe initial eine Arbeitsfähigkeit von 50% ohne Leistungseinbusse, die nach gelungener Eingliederung bis 80% gesteigert werden könne (reale Leistung inkl. Haushaltführung und Kinderbetreuung; act. II 19 S. 9 ff.).

**3.2.2** Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 4. Dezember 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Depression, einen Status nach iatrogener Ureterläsion rechts (nach laparoskopischer Adnexektomie 2011), eine Adipositas sowie chronische Rückenschmerzen auf; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine arterielle Hypertonie sowie eine Hypercholesterinämie. Er attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 50% ab 1. Januar 2015 bis auf weiteres; zufolge zunehmender Erschöpfung bei der Arbeit (Konzentrationschwäche, Müdigkeit, Schmerzen in Rücken und Beinen) könne als selbständige ... – wobei der Arbeitsplatz im eigenen Geschäft ideal sei – knapp ein Pensum von 50% bewältigt werden (act. II 67).

**3.2.3** Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 7. Dezember 2015 zuhanden der IVB aus ihrem Fachgebiet eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10: F33.11) sowie eine Panikstörung (ICD-10: F41); sie empfahl die Fortsetzung der medikamentösen Therapie sowie der integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und ging von einer seit Juli 2015 bestehenden Restarbeitsfähigkeit von 50% aus (act. II 68 S. 1 - 6).

**3.2.4** Im MEDAS-Gutachten vom 27. September 2016 wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0, F33.1) erhoben. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein chronisch rezidivierendes thorakovertebrales Schmerzsyndrom, ein metabolisches Syndrom, Knick-Senk-Spreizfüsse beidseits, eine konstitutionell vermehrte Bandlaxizität, eine exzessive Tagesschläfrigkeit, eine Migräne ohne Aura, ein Status nach iatrogener distaler Ureterläsion rechts bei laparoskopischer Adnexektomie 2011, eine Belastungsinkontinenz, ein Zustand nach rezidivierenden Harnwegsinfektionen sowie leicht erhöhte Entzündungsparameter. Aus interdisziplinärer Sicht sei die Explorandin für körperlich andauernd schwere Tätigkeiten voll arbeitsunfähig, dagegen bestehe für körperlich leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeiten ebenso wie für die angestammte Tätigkeit als ... eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% (ganztags realisierbar). Über den Verlauf gemittelt dürfte die aktuell festgestellte Einschränkung – mit Ausnahme zwischen Juli 2011 und Juli 2012 aufgrund der multiplen Eingriffe – seit 2006 bestanden haben. Aus psychiatrischer wie auch aus somatischer Sicht könne die Selbsteinschätzung der Explorandin nicht nachvollzogen und durch die erhobenen Befunde nicht objektiviert werden (act. II 91.1, insbesondere S. 25 ff.).

**3.2.5** In seiner Stellungnahme vom 19. Juni 2017 zum MEDAS-Gutachten hielt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ fest, es könnten keine wesentlichen Mängel der fachärztlichen Untersuchungen nachgewiesen werden und die Spezialisten hätten die objektivierbaren Befunde korrekt wiedergegeben. Dagegen bagatellisiere die psychiatrische Beurteilung seines Erachtens die Schwere der depressiven Verstimmung sowie die konsekutive Leistungseinschränkung massiv und auch „die orthopädische Beurteilung“ schätze die Einschränkung der objektiven Befunde auf die Leistungsfähigkeit wesentlich zu gering ein. Aufgrund der chronischen Rücken- und Fussbeschwerden sowie der Adipositas sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, in ihrem mittelschwer belastenden Beruf über 50% zu leisten (act. II 106 S. 6).

**3.2.6** Am 24. Juni 2017 wandte Dr. med. K. \_\_\_\_\_ gegen das MEDAS-Gutachten ein, dass die Beschwerdeführerin immer wieder versucht habe, in ihrem Beruf erfolgreich Fuss zu fassen, was ihr wegen der rezidivieren-

den depressiven Störung nicht gelungen sei. Auch hätten noch verschiedene somatische Probleme den Aufbau des Arbeitspensums verunmöglicht (act. II 106 S. 3). Der Beruf der ... sei mit langem Stehen verbunden und das Arbeiten auf Schulterhöhe sei üblich; zudem könne es beim Einkauf und Einräumen von Material zum Tragen von schweren Lasten kommen. Eine arbeitsmedizinische Beurteilung wäre zwingend durchzuführen und notwendig. Seit der Begutachtung seien die invalidisierenden Symptome unverändert, die Beschwerdeführerin sei zurzeit 100% arbeitsunfähig (act. II 106 S. 4).

**3.2.7** Die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ stellte in ihrer Stellungnahme vom 7. November 2017 fest, dass anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vorwiegend unter Zugrundlegung der anamnestischen Angaben eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0, F33.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert und damit eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 20% begründet worden sei. Gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten affektiven Störung spreche jedoch das Auftreten der Stimmungsschwankungen in zeitnahe Zusammenhang zu psychosozialen (u.a. finanziellen) Belastungen und hiermit verbundener hoher Verausgabebereitschaft. Die Versicherte reagiere in Affekt und Stimmung situativ, was ebenfalls gegen die Diagnose einer depressiven Episode nach ICD-10 spreche, ebenso wie das von ihr anlässlich der Begutachtung geschilderte Interessen- und Aktivitätsspektrum. Unter Berücksichtigung einer adäquaten Einstellung des Blutdrucks sowie der Vorbeugung einer Gewichtszunahme durch regelmässige körperliche Bewegung bestehe eine qualitative Leistungseinschränkung in Bezug auf körperlich schwere Arbeit und Wechselschichttätigkeit sowie regelmässige Nachtschicht; quantitative Leistungseinschränkungen bestünden nicht, sodass am MEDAS-Gutachten festgehalten werden könne (act. II 110 S. 4).

**3.2.8** Dr. med. J.\_\_\_\_\_ führte in seinem Schreiben vom 9. Dezember 2017 an die IVB aus, die Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ sei „absolut falsch“, da die Beschwerdeführerin von ihrer Psychiaterin zu 100% arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Diese vollständige Arbeitsunfähigkeit könne er als Hausarzt bestätigen, sei doch

die Patientin bei all den hausärztlichen Kontakten schwerst depressiv verstimmt gewesen und keinesfalls zu einer auch noch so leichten Tätigkeit fähig (Beschwerdebeilage [act. I] 3).

**3.2.9** In ihrer Stellungnahme vom 12. Dezember 2017 bemerkt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, dass das MEDAS-Gutachten in psychiatrischer Hinsicht verschiedene Ungereimtheiten aufweise; namentlich sei nicht ersichtlich, ob bei der psychiatrischen Begutachtung auch qualitative oder quantitative Beurteilungskriterien – wie z.B. ein Beck-Depressions-Inventar (BDI), eine Hamilton rating scale for depression (Hamilton-Skala) oder eine Persönlichkeitstestung – angewendet worden seien. Trotz adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung über mehrere Jahre habe keine nachhaltige Leistungsfähigkeit und Berufstätigkeit erreicht werden können; vielmehr sei es mit den Jahren zu einer Verschlechterung und häufigeren Rezidiven der depressiven Erkrankung gekommen. Es bestehe weiterhin von psychiatrischer Seite 100% Arbeitsunfähigkeit (act. I 4).

**3.3** 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).

Das oben erwähnte polydisziplinäre Gutachten samt interdisziplinärer Beurteilung (vgl. E. 3.2.4 hiervor) erfüllt die nach der geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung an eine Expertise gestellten Anforderungen. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einlässlichen gutachterlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden abgegeben. Es überzeugt auch inhaltlich, indem es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind (vgl. E. 2.4 hiervor). Namentlich beruht die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auf umfassenden Erhebungen. Die gutachterlichen Feststellungen wurden sodann unter Einbezug der aktenkundigen Arztberichte

diskutiert sowie gestützt darauf die aktuelle Arbeitsfähigkeit überzeugend und mit einlässlicher Begründung dargestellt.

In psychiatrischer Hinsicht ist festzustellen, dass die vom MEDAS-Gutachter erhobene Diagnose weitgehend derjenigen von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ im Vorgutachten vom 6. Juni 2007 (vgl. E. 3.2.1 hiervor) entspricht. Der psychiatrische Gutachter legt ferner einleuchtend und schlüssig dar, weshalb die Voraussetzungen für die Diagnose eine Panikstörung nicht erfüllt sind (act. II 91.1 S. 12 ff.). Auch was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (80% arbeitsfähig) anbelangt, stimmt er mit der Vorgutachterin weitestgehend überein (80% arbeitsfähig nach gelungener Eingliederung). Die anderslautenden Einschätzungen der behandelnden Dres. med. K.\_\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_\_ vermögen keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung zu wecken: Soweit sich der Internist Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in seinen Berichten, die teilweise die gebotene Objektivität vermissen lassen, zu den psychischen Beschwerden äussert, ist dessen Einschätzung – mangels entsprechender fachärztlicher Qualifikation – von vornherein ungeeignet, die Beurteilung des MEDAS-Psychiaters betreffend Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit zu entkräften (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 16. März 2009, 9C\_942/2008, E. 5.3). In diesem Zusammenhang ist zudem auf den eingeschränkten Beweiswert der Einschätzung von behandelnden Ärzten hinzuweisen; in Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Mit Blick auf die Berichte von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ ist ferner festzuhalten, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und dies zum Anlass zu nehmen, weitere Abklärungen zu verlangen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben dabei Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung

unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen, in: SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44). Solche Aspekte vermag die behandelnde Psychiaterin vorliegend nicht aufzuzeigen. Mit dem Hinweis auf die diagnostischen Leitlinien der mittelgradigen depressiven Episode, wonach ein Patient mit einer mittelgradigen depressiven Episode soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten nur unter erheblichen Schwierigkeiten fortsetzen kann (Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Auflage, S. 173), ist – anders als von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ dargestellt – kein Widerspruch zur gutachterlichen Beurteilung zu erblicken, geht doch der Experte lediglich von einer leichten bis mittelgradigen Episode aus (act. II 91.1 S. 25). Es stellt entgegen der Auffassung der behandelnden Psychiaterin ferner keinen Mangel dar, wenn aus den Unterlagen nicht ersichtlich ist, ob bei der psychiatrischen Begutachtung auch qualitative und quantitative Beurteilungskriterien wie z.B. ein BDI, eine Hamilton-Skala oder eine Persönlichkeitstestung angewendet worden sind: Sie verkennt bei ihrer Argumentation, dass einem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen einer psychiatrischen Exploration generell nur ergänzende Funktion zukommt; entscheidend bleibt vielmehr die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Entscheid des BGer vom 23. September 2008, 9C\_458/2008, E. 4.2). Ob und gegebenenfalls welche Testverfahren sie durchführen will, liegt im Ermessen der medizinischen Fachperson (Entscheid des BGer vom 9. November 2017, 8C\_466/2017, E. 5.1). Aus diesen Gründen ist es dem Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht abträglich, wenn es nicht mit Ergebnissen aus Testungen unterlegt wurde. Schliesslich ist nicht von Bedeutung, dass dem Gutachten nichts zum Inhalt der von der Beschwerdeführerin betriebenen Blogs bzw. den früher geführten Chats zu entnehmen ist, stand doch für die dortigen Betrachtungen das Aktivitätsniveau und weniger der Inhalt dieser Aktivitäten im Vordergrund.

Ebensowenig sind aus somatischer Sicht Aspekte ausgewiesen, die den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens in Frage stellen würden. Dies räumt auch der Hausarzt der Beschwerdeführerin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ ein, wenn er in seiner Stellungnahme vom 19. Juni 2017 ausführt, es bestünden we-

der grobe Fehler, Widersprüche oder Ungereimtheiten im Gutachten noch könnten bei den Untersuchungen der Spezialisten wesentliche Mängel nachgewiesen werden; die objektivierbaren Befunde seien korrekt wiedergegeben. Soweit er die orthopädische Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit für wesentlich zu gering hält, äussert er sich – wie bereits in psychiatrischer Hinsicht (vgl. oben) – zu ausserhalb seines Fachgebietes liegendem Geschehen, sodass diesbezüglich der fundierten fachärztlichen Beurteilung des Gutachters der Vorzug gebührt. Abgesehen davon, dass die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge trägt (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3 S. 253), stützt sich Dr. med. J.\_\_\_\_\_ in seiner abweichenden Beurteilung auf die subjektiven Schmerzangaben seiner Patientin und – im Gegensatz zum orthopädischen Gutachter – nicht auf objektive Befunde, was den Beweiswert seiner Berichte zusätzlich schmälert. In ihrer Stellungnahme vom 7. November 2017 (act. II 110 S. 4) legt die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ im Übrigen überzeugend dar, dass und warum auf die gutachterlichen Schlüsse abzustellen ist. Den medizinischen Grundlagen, auf welche sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung stützt, kommt nach dem Gesagten voller Beweiswert zu.

Unter diesen Umständen kann entgegen dem Begehren der Beschwerdeführerin in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) auf die Durchführung einer arbeitsmedizinischen Abklärung verzichtet werden.

Auch sind weitere medizinische Abklärungen mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin angerufenen, mit den Entscheiden BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 vom Bundesgericht vorgenommene, Praxisänderung nicht angezeigt. Das MEDAS-Gutachten wurde gemäss den Vorgaben des IV-Kreisschreibens Nr. 339 vom 9. September 2015 (abrufbar unter: <https://www.bsvoice.admin.ch/vollzug/documents/view/4379/lang:deu/category:35>) erstellt. Damit erfolgte die psychiatrische Begutachtung bereits unter Berücksichtigung der Standardindikatoren entsprechend BGE 141 V 281 (vgl. act. II 91.1 S. 14 f. Ziff. 4.1.10). Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 ist vorliegend entbehrlich, da nach dem schlüssigen und beweiskräftigen MEDAS-Gutachten lediglich

eine geringgradige Arbeitsunfähigkeit attestiert wird (vgl. Entscheid des BGer vom 16. Januar 2018, 9C\_580/2017, E. 3.2).

**3.4** Für die Bemessung der Invalidität hat die IVB sowohl das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen auf der Basis desselben Lohnes gemäss Gewerbe-Statistik des Schweizerischen Gewerbeverbandes festgelegt (vgl. act. II 98 S. 3 f.). Dies ist angesichts der Tatsache, dass die Zahlen des IK-Auszuges nicht aussagekräftig sind, nachdem die Beschwerdeführerin seit Jahren kein Vollpensum mehr ausgeübt hat (act. II 91.1 S. 12; vgl. Entscheid des BGer vom 10. Februar 2009, 8C\_576/2008, E. 6.3 e contrario), nicht zu beanstanden und ist auch unbestritten geblieben. Bei dieser Ausgangslage entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (Entscheid des EVG vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2).

Damit ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### **4.**

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

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.—, der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.— werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - 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.