

200 18 761 IV  
KOJ/COC/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 16. April 2019**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiberin Collatz

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, lic. iur. C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. September 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1960 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 9. Februar 2015 unter Hinweis auf eine Arthrose, eine Depression und Herz-Kreislauf-Probleme bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 2). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 1. Februar 2017; AB 44.1). Im weiteren Verlauf fand auf Anraten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 54) eine interdisziplinäre (internistische, orthopädische und psychiatrische) Begutachtung in der MEDAS E.\_\_\_\_\_ (MEDAS), statt (Gutachten vom 24. Januar 2018; AB 78.1). Gestützt auf die Ergebnisse der getätigten Erhebungen stellte die IVB mit Vorbescheid vom 7. Februar 2018 (AB 80) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwand (AB 83, 86, 88). Nach Einholung einer Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 12. Juni 2018 (AB 91) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 19. Juni 2018 (AB 92) erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte abermals nicht einverstanden (AB 95). Am 14. September 2018 verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Leistungsbegehren ab (AB 99).

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch lic. iur. C.\_\_\_\_\_ von B.\_\_\_\_\_, am 17. Oktober 2018 Beschwerde und stellte folgendes Rechtsbegehren:

Es sei die Verfügung vom 14. September 2018 aufzuheben und es sei die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch näher abzuklären. Sodann sei der Rentenanspruch erneut zu prüfen.

– unter Entschädigungsfolge –

Gleichzeitig stellte sie ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege. Am 26. Oktober 2018 gingen weitere Unterlagen zum besagten Gesuch beim Gericht ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 19. November 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 21. November 2018 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend die Verfahrenskosten gut.

## **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; vgl. Beschwerdeantwort S. 2 lit. B 2 sowie pro-

zessleitende Verfügung vom 21. November 2018) 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. September 2018 (AB 99). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen – insbesondere eine Rente – der IV.

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

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

## **2.**

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

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

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

**2.3** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.4** 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

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

**3.1.1** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 8. April 2015 (AB 6) eine Polyarthrose und ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (S. 1). Durch die diversen Arthrosen von Fingern, Knie und Zehengelenken sowie die Lumbalgien sei die Beschwerdeführerin in grobmotorischen Tätigkeiten und Zwangshaltungen sowie beim Heben von schweren Lasten durch Schmerzen eingeschränkt. Empfehlenswert wären leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben

von Lasten über 10kg, ohne grobmotorische Tätigkeiten und ohne Zwangshaltungen (S. 2). Eine Arbeitsunfähigkeit attestierte der Rheumatologe nicht (S. 1).

**3.1.2** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 16. April 2015 (AB 22) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung (ICD-10 F43.21), eine Polyarthrose (vor allem Finger- und Rhizarthrose sowie mediale Gonarthrose beidseits) und akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er tachykarde Rhythmusstörungen auf (S. 2 Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin leide an Schmerzen, Schlafstörungen und Ängsten (S. 3 Ziff. 1.4). Eine Arbeitsunfähigkeit habe er nicht attestiert. Die Beschwerdeführerin habe in letzter Zeit als Aushilfe/Haushaltshilfe auf ... gearbeitet, wobei es immer mehr zu Konflikten wegen ihrer Persönlichkeit gekommen sei. Sie ecke an, sei querulatorisch. Leichte Arbeiten seien ihr ohne Leistungsminderung zumutbar (S. 4 Ziff. 1.6 f.).

**3.1.3** Im Bericht des Spitals H.\_\_\_\_\_, vom 8. Juni 2015 (AB 23) wurden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), differentialdiagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und ein Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 Z73.1), differentialdiagnostisch ein Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0), diagnostiziert (S. 2 Ziff.1.1). Die Beschwerdeführerin sei im Gespräch sehr mitteilbar, zugewandt und freundlich. Formalgedanklich sei sie kohärent, zum Teil sprunghaft. Hinweise auf Zwänge, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder Wahn bestünden nicht. Die Grundstimmung sei depressiv. Der affektive Rapport sei gut herstellbar. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei erhalten. Die Beschwerdeführerin leide an Zukunftsängsten, Schamgefühl aufgrund ihrer jetzigen Situation und diesbezüglich an Rat- und Hilfslosigkeit, Angst vor sozialem Abstieg und Ausgrenzung, reduziertem Selbstwertgefühl, Traurigkeit, Verzweiflung, leicht vermindertem Antrieb, innerer Anspannung und intermittierend an Suizidgedanken, welche jedoch aktuell klar und glaubhaft verneint würden. Der Schlaf sei phasenweise stark beeinträchtigt

aufgrund von Sorgen und Gedankenkreisen. Die Arbeitsfähigkeit werde aus psychiatrischer Sicht auf ca. 80% bis 100% geschätzt. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert (S. 3 Ziff. 1.4 und 1.6).

**3.1.4** Der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Tropen- und Reisedizin, diagnostizierte im Aktenbericht vom 4. August 2015 (AB 27 S. 2 f.) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Fingerpolyarthrosen, Rhizarthrosen rechtsbetont, Gon- und Femoropatellararthrosen beidseits, Grosszehengrundgelenksarthrosen und ein lumbospondylogenes Syndrom. Es bestünden eine verminderte Belastbarkeit der Hände und der Kniegelenke, eine verminderte Gehfähigkeit und eine leicht verminderte Belastbarkeit des Rückens. Die zuletzt ausgeführten Tätigkeiten auf ..., im Garten und im Haushalt seien weiterhin zumutbar, wobei gewisse schwerere und die Hände belastende Tätigkeiten wegen vermehrter Pausen oder wegen „nicht durchführen können“ zu einer theoretischen Leistungseinschränkung von 10% führen könnten (S. 2). Die gelernte Tätigkeit als ... sei weiterhin zumutbar. Eine leichte, wechselbelastende ganztägige Tätigkeit mit möglichst wenig Zwangshaltungen, wenig Treppensteigen, ohne knien und kauern, ohne Wegstrecken über 30 Minuten am Stück, mit Gewichten heben oder tragen von 5kg bis 10kg, sei ohne Leistungsminderung zumutbar (S. 3).

**3.1.5** Die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Aktenbericht vom 12. August 2015 (AB 28 S. 4 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), differentialdiagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte sie einen Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 Z73.1), differentialdiagnostisch einen Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61), an. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei es möglich, dass die Beschwerdeführerin mittelfristig wieder ein Arbeitspensum von 100% mit einer Leistungsfähigkeit von 100% erreichen könne. Jedoch bestehe auch eine Wechselwirkung mit den somatischen Beschwerden, welche gemäss dem RAD-Arzt Dr. med.

I. \_\_\_\_\_ zu einer notwendigen Anpassung und einer Leistungsminde-  
rung von 10% führten (S. 4). Ferner führte die RAD-Psychiaterin an, seit  
dem 15. Januar 2015 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (S. 5).

Im weiteren Verlauf empfahl die RAD-Psychiaterin am 18. Mai 2016 die  
Durchführung einer psychiatrischen Begutachtung (AB 32).

**3.1.6** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Gutachten vom 1. Februar  
2017 (AB 44.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schizotype  
Störung (ICD-10 F21), differentialdiagnostisch eine kombinierte Persönlich-  
keitsstörung (ICD-10 F61.0), einen Status nach einer Anpassungsstörung  
(ICD-10 F43.21), differentialdiagnostisch einen Status nach mittelgradiger  
depressiver Episode (ICD-10 F32.1) und differentialdiagnostisch eine rezi-  
divierende depressive Störung (ICD-10 F33). Der bisherige Verlauf des  
Lebens passe am ehesten zur Diagnose einer schizotypen Störung. Die  
Beschwerdeführerin habe wenig soziale Bezüge, sie wirke etwas seltsam  
exzentrisch. Das Denken wirke teilweise magisch und die Sprache etwas  
umständlich seltsam, ohne zerfahren zu sein. Es scheine in den letzten  
Jahren langsam eine Zunahme dieser Auffälligkeiten gegeben zu haben.  
Hinweise zur Aggravation bestünden nicht. Ferner lägen aktuell keine An-  
haltspunkte für eine depressive Störung mehr vor. Die Leistungsfähigkeit  
sei durch die bestehende Störung sicher eingeschränkt. Die Realitätswahr-  
nehmung und die Anpassungsfähigkeit seien teilweise verzerrt. Hingegen  
verfüge die Beschwerdeführerin auch über klare Ressourcen. Sie sei in der  
Lage ihr Leben zu organisieren und zu planen und könne sich Hilfe holen,  
wenn sie sie brauche. Das Ausmass der Leistungseinschränkung sei  
schwierig genau zu quantifizieren und qualifizieren. In einer angepassten  
Tätigkeit erscheine ein Pensum zwischen 50% und 100% möglich. Die  
Gutachterin empfahl eine arbeitsmedizinische Abklärung, in welcher die  
Ressourcen und Einschränkungen insbesondere auch in der Interaktion mit  
anderen besser beurteilt und eine angepasste Tätigkeit definiert werden  
könne (S. 10). Ferner gab die Gutachterin an, für die Zeit, seit der die Be-  
schwerdeführerin in psychiatrischer Behandlung gewesen sei (ab Januar  
2015), könne eine fluktuierende 50% bis 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attes-  
tiert werden (S. 12 Ziff. V 2).

**3.1.7** Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 8. September 2017 (AB 51) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung, eine Polyarthrose und akzentuierte Persönlichkeitszüge. Die Beschwerdeführerin leide an OSG (Sprunggelenk)-Schmerzen beidseits sowie an Schulter- und Rückenschmerzen (S. 2). Eine Arbeitsunfähigkeit habe er nicht attestiert (S. 3). Leichte Tätigkeiten im Haushalt mit Zwischenpausen seien der Beschwerdeführerin zumutbar (S. 4).

**3.1.8** Im Gutachten der MEDAS vom 24. Januar 2018 (AB 78.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, ein ISG (Iliosakralgelenk)-Syndrom rechts, Fingerpolyarthrosen beidseits und eine moderate Rhizarthrose rechts diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden rezidivierende supraventrikuläre Tachykardien, eine moderate mediale Gonarthrose rechts, eine Tendinitis Peronealsehne rechts, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0) und eine Klaustrophobie (ICD-10 F40.2) aufgeführt (S. 31 Ziff. 7).

Aus internistischer Sicht bestehe eine supraventrikuläre Tachykardie, die anscheinend ein- bis zweimal im Monat auftrete. Diese sei im Jahr 2011 eingehend untersucht worden, wobei die Beschwerdeführerin die damals empfohlene Betablocker-Therapie abgelehnt habe. Ausserdem bestehe ein rezidivierender leichter Eisenmangel, der substituiert werde. Aus intermedizinerischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 14 f. Ziff. 4.1.3.1, 4.1.3.3 f. und S. 32 Ziff. 8.1).

Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, die Lendenwirbelsäule sei klinisch frei beweglich ohne paravertebralen Hartspann bei radiologisch nur geringgradigen degenerativen Veränderungen. Im Bereich der Halswirbelsäule bestehe eine freie Beweglichkeit. Das rechte Knie zeige lediglich eine Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt. Radiologisch finde sich eine moderate mediale Gonarthrose ohne wesentliche Femoropatellararthrose. Ferner bestehe eine Druckdolenz über dem rechten Daumensattelgelenk sowie den Fingerendgelenken ohne Schwellung. Diesbezüglich fänden sich radiologisch mässige Fingergelenksarthrosen sowie eine modera-

te Rhizarthrose. Am OSG bestehe eine Druckdolenz der Peronealsehnen (S. 20 Ziff. 4.2.5.1). Die Beschwerdeführerin sei in der ursprünglichen Tätigkeit als ... voll arbeitsfähig. Auch in einer Verweistätigkeit ohne repetitives Heben von Lasten über 10kg, ohne repetitive Tätigkeiten in Zwangspositionen und ohne schwere manuelle Tätigkeiten sei sie ganztags vollschichtig einsetzbar (S. 21 Ziff. 4.2.8).

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin klage über lokalisierte Schmerzen, die jedoch keinen andauernden, quälenden Charakter hätten, sondern bewegungsabhängig seien und in ihrer Lokalisation, wenn auch nicht in ihrem Ausmass, durch gewisse Abnutzungsercheinungen, die altersentsprechend seien, erklärt werden könnten. Eine schizotype Störung, wie sie von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostiziert worden sei, könne in der heutigen Untersuchung keineswegs bestätigt werden. Die Beschwerdeführerin zeige ein in der Interaktion unauffälliges, zugewandtes Verhalten, sie sei offen und kontaktfreudig. Sicherlich sei ihr Denken einfach strukturiert, was ihrem Bildungsniveau entspreche, jedoch fänden sich weder Absonderlichkeiten noch seltsame Wahrnehmungen oder andere für die schizotype Störung kennzeichnenden Merkmale. Allenfalls könne eine leichte depressive Symptomatik mit einer leicht niedergedrückten Stimmung, einer passageren Appetitminderung und psychovegetativen Symptomen attestiert werden. Psychodynamisch sei es vor allem lebensgeschichtlich zu erklären, weshalb die Beschwerdeführerin aktuell nicht berufstätig sei. Die lange Abwesenheit vom ersten Arbeitsmarkt sowie die Vorstellung, dass sie als Partnerin eines Mannes als Hausfrau und Haushälterin leben könne, hätten letztlich zur aktuellen Situation geführt. Zudem bestünden hypochondrische Ängste (die jedoch den Kriterien einer Hypochondrie nicht entsprächen), dass sie ihre Mobilität gänzlich verlieren könnte, was einen Hinweis auf gewisse abhängige Persönlichkeitszüge gebe. Auch hier entspreche das Ausmass der Störung jedoch nicht einer diagnostischen Entität. Somit fänden sich keine psychiatrischen Diagnosen, die für eine Arbeitsunfähigkeit relevant wären (S. 33).

Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als ... vollumfänglich arbeitsfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit ohne repetitives Heben von

Lasten über 10kg, ohne rezidivierende Tätigkeiten in Zwangspositionen wegen der leichten Minderbelastbarkeit des Achsenorgans sowie ohne schwere manuelle Tätigkeiten wegen der Fingerpolyarthrosen sei die Beschwerdeführerin ganztags vollschichtig arbeitsfähig (S. 34 Ziff. 9).

**3.1.9** Nachdem die Beschwerdeführerin im Rahmen des Vorbescheidverfahrens Einwände erhoben hatte (AB 86 und 88), nahmen die MEDAS-Gutachter am 12. Juni 2018 nochmals Stellung (AB 91). Das Vorliegen einer schizotypen Störung sei ausdrücklich ausgeschlossen worden. Bei einer solchen handle es sich um eine äusserst schwerwiegende Diagnose, die eine normale psychische Funktionsfähigkeit im Alltag ausschliesse (S. 1). Folgende Kriterien einer schizotypen Störung gemäss den Richtlinien der ICD-10 seien bei der Beschwerdeführerin nicht erfüllt: inadäquater, eingeschränkter Affekt, seltsames Verhalten und Erscheinung, wenig soziale Bezüge, seltsame Glaubensinhalte, zwanghaftes Grübeln, umständliche vage Sprache und quasi psychotische Episoden. Grenzwertig vorhanden sei ein verstärktes Misstrauen. Damit sei für die Diagnose einer schizotypen Störung lediglich ein Kriterium grenzwertig erfüllt. Dies reiche für eine so folgenschwere Diagnosestellung bei Weitem nicht. Auch wenn die Beschwerdeführerin einen für stark genormte Massstäbe eigenen Lebenslauf gewählt habe, habe in ihrem Leben kein subjektives Leiden bestanden, welches objektiv zu einer (psychiatrischen) Diagnose gehört habe. Die Beschwerdeführerin selbst habe auch keinen Anlass verspürt, sich in psychiatrische oder psychologische Behandlung zu begeben. Ausser in der Gestaltung ihrer privaten Beziehungen sei sie psychisch nie auffällig gewesen. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin jahrelang als ... mit obligatorischem Kundenkontakt, sogar in Abteilungsleitungsfunktion, gearbeitet habe, spreche ebenfalls klar gegen die Diagnose einer schizotypen Störung. Sie selbst sehe sich lediglich aufgrund der Schmerzen in den Gelenken, insbesondere im rechten Hüftgelenk, in den Knien und Fussgelenken sowie in den Händen als arbeitsunfähig. Diese Schmerzen allein genügten jedoch nicht, um die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zu stellen (S. 2 f.).

**3.1.10** Im Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 22. August 2018 (AB 98 S. 2) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere

Episode (ICD-10 F33.2), eine schizotype Störung (ICD-10 F21), akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 Z73.1) und differentialdiagnostisch ein Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin sei aktuell zu 100% arbeitsunfähig. Aufgrund ihrer komplexen Symptomatik sei sie zu einer tagesklinischen psychiatrischen Behandlung angemeldet worden.

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

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).

**3.3** Die Gutachter der MEDAS haben sich in ihrer ärztlichen Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Somit erfüllt das Gut-

achten vom 24. Januar 2018 (AB 78.1) samt Stellungnahme vom 12. Juni 2018 (AB 91) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben ausführlich begründet, dass die Beschwerdeführerin (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) an einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom, einem ISG-Syndrom rechts, Fingerpolyarthrosen beidseits und einer moderaten Rhizarthrose rechts leidet und dass sie in ihrer angestammten Tätigkeit als ... (vgl. AB 2 S. 4 Ziff. 5.3, 14) wie auch in einer angepassten Tätigkeit (ohne repetitives Heben von Lasten über 10kg, ohne rezidivierende Tätigkeiten in Zwangspositionen, ohne schwere manuelle Tätigkeiten) zu 100% arbeits- und leistungsfähig ist (AB 78.1 S. 31 Ziff. 7 und S. 34 Ziff. 9). Darauf ist abzustellen. Dass die angestammte resp. eine angepasste Tätigkeit aus somatischer Sicht weiterhin uneingeschränkt zumutbar ist, steht im Einklang mit den Beurteilungen in den medizinischen Akten. So attestierten die behandelnden Dres. med. F.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_\_ unter Berücksichtigung der festgestellten somatischen Beschwerden keine Arbeitsunfähigkeit (AB 6 S. 1, 22 S. 4, 51 S. 3). Ferner erachteten Dr. med. G.\_\_\_\_\_ und auch Dr. med. K.\_\_\_\_\_ eine leichte (angepasste) Tätigkeit ohne Leistungsminderung zumutbar (AB 22 S. 4, 51 S. 4). Und schliesslich beurteilte der RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ die angestammte Tätigkeit als ... – wie auch eine angepasste, leichte, wechselbelastende Tätigkeit – als weiterhin zumutbar (AB 27 S. 3). Die somatische Beurteilung der MEDAS-Gutachter wird im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nicht beanstandet.

Am Beweiswert des interdisziplinären MEDAS-Gutachtens ändert nichts, dass Dr. med. D.\_\_\_\_\_ im Gutachten vom 1. Februar 2017 namentlich aufgrund einer schizotypen Störung eine 50% bis 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (AB 44.1 S. 10 und S. 12). Zum einen vermag das besagte Gutachten bereits für sich nicht zu überzeugen. Denn die Gutachterin hat die Diagnose einer schizotypen Störung nicht näher begründet. Sie führte diesbezüglich lediglich an, dass der bisherige Verlauf des Lebens der Beschwerdeführerin „am ehesten“ zu dieser Diagnose passe. Ferner hat sich die Gutachterin nicht mit den anderslautenden (psychischen) Diagnosen

der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt, sondern sich mit der Feststellung begnügt, es bestehe insoweit kein Widerspruch (S. 10). Nicht konsistent erscheint schliesslich auch, wenn die Gutachterin festhält, das Ausmass der Leistungseinschränkung sei schwierig zu quantifizieren und ab Januar 2015 könne eine fluktuierende 50% bis 100%-ige Arbeitsunfähigkeit geschätzt werden, zugleich aber eine arbeitsmedizinische Abklärung in einem vollen Pensum als zumutbar bezeichnet (S. 10 und S. 12). Darüber hinaus wurde eine Arbeitsunfähigkeit in diesem Ausmass von dem damals behandelndem Spital H. \_\_\_\_\_ echtzeitlich nicht attestiert (AB 23 S. 3).

Zum anderen hat sich die psychiatrische MEDAS-Gutachterin in ihrer Beurteilung einlässlich mit der von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierten schizotypen Störung auseinandergesetzt und unter Beizug der klassifikatorischen Vorgaben der ICD-10 (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 f.) plausibel begründet, weshalb die besagte Diagnose nicht gestellt werden kann. Dabei wies sie insbesondere darauf hin, dass die Beschwerdeführerin weder Absonderlichkeiten noch seltsame Wahrnehmungen oder andere für die schizotype Störung kennzeichnenden Merkmale gezeigt habe (AB 78.1 S. 33; vgl. auch AB 91 S. 1 ff.). Soweit in der Beschwerde auf einzelne Auffälligkeiten der Beschwerdeführerin hingewiesen wird, wie beispielsweise dass sie ihr Einkommen als Schauspielerin mit Werbeauftritten erzielen möchte und ihre Kommunikation teilweise als sprunghaft und wirr empfunden wird (Beschwerde S. 4 f.; vgl. AB 31 S. 2, IV-Protokolleinträge vom 22. Oktober 2015, 30. September 2016, 2. Mai 2017 und 22. August 2017 [in den Gerichtsakten]), vermögen diese Umstände die Diagnose einer schizotypen Störung nicht zu begründen, zumal die Beschwerdeführerin an anderer Stelle im Gespräch lediglich als „sehr mitteilsam, zugewandt und freundlich“ und daneben ausdrücklich als bewusstseinsklar sowie frei von Zwängen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen und Wahn beschrieben worden war (vgl. Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2015; AB 23 S. 3). Aus den Akten ergibt sich im Übrigen auch, dass die Beschwerdeführerin durchaus in der Lage ist, auftretende Probleme systematisch anzugehen und einer sachgerechten Lösung zuzuführen (vgl. die Aktennotizen zu den Telefongesprächen zwischen der Beschwerdeführerin und einer Mitarbeiterin der Beschwerdegegnerin vom 22. und 24. November 2017 bezüg-

lich der Organisation der Reise- und Übernachtungskosten im Zusammenhang mit der Begutachtung in der MEDAS; AB 73 und 76).

An der schlüssigen Einschätzung der MEDAS-Gutachter ändert ebenfalls nichts, dass die RAD-Psychiaterin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ im Aktenbericht vom 12. August 2015 aufgrund der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode seit dem 15. Januar 2015 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (AB 28 S. 4 f.). Denn eine Begründung für die attestierte Arbeitsunfähigkeit fehlt in diesem Bericht. Zudem findet die (Akten-)Beurteilung keinen Rückhalt in den medizinischen Akten. Insbesondere steht sie im Widerspruch zur Einschätzung im Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2015, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zwischen 80% und 100% betrage (AB 23 S. 3). In der Folge hielt die RAD-Psychiaterin denn auch (zu Recht) weitere psychiatrische Abklärungen für angezeigt (AB 32).

Auch der im Vorbescheidverfahren eingereichte Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 22. August 2018 (AB 98 S. 2), in welchem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, eine schizotype Störung und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und narzisstischen Anteilen diagnostiziert und eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden ist, vermag die Beurteilung der MEDAS-Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen. Eine Begründung der gestellten Diagnose und der attestierten Arbeitsunfähigkeit fehlt in diesem Bericht vollständig. Auch wird im besagten Bericht nicht dargelegt, inwiefern verglichen mit dem Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 8. Juni 2015, in welchem die Arbeitsfähigkeit noch auf 80% bis 100% geschätzt worden war (AB 23 S. 3), eine Verschlechterung eingetreten sein soll. Darüber hinaus wurde oben bereits aufgezeigt, weshalb die Diagnose einer schizotypen Störung nicht gestellt werden kann.

**3.4** Zusammenfassend ist weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen. Der Sachverhalt ist somit gestützt auf die vorliegenden Akten hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. I) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung;

BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2).

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

#### **4.**

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der mit Verfügung vom 21. November 2018 gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) i.V.m. Art. 113 VRPG – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit.

**4.2** Vorliegend 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. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.