

200 18 77 IV
GRD/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. August 2018

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 28. Dezember 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1959 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 23. November 2004 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Rentenbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Nach getätigten Abklärungen verneinte die IVB mit Verfügung vom 22. Juni 2006 (AB 22) bei einem in Anwendung der gemischten Methode (72% Erwerb, 28% Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 18% einen Rentenanspruch, was sie mit Einspracheentscheid vom 24. August 2006 (AB 27) bestätigte. Der Einspracheentscheid blieb unangefochten.

B.

Am 3. September 2012 (AB 46) meldete sich die Versicherte wiederum bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach getätigten Abklärungen verneinte die IVB mit Verfügung vom 22. April 2014 (AB 75) bei einem in Anwendung der gemischten Methode (72% Erwerb, 28% Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 32% erneut einen Rentenanspruch. Die hiergegen erhobene Beschwerde (AB 76/3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 8. Januar 2015, IV/2014/480 (AB 84), ab. Dagegen opponierte die Versicherte beim Bundesgericht (AB 85/2), welches die Beschwerde mit Entscheid vom 5. Mai 2015, 9C_123/2015 (AB 86), abwies.

C.

Am 13. Dezember 2016 (AB 90) meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach getätigten Abklärungen stellte diese der Versicherten mit Vorbescheid vom 5. Oktober 2017 (AB 112) insbesondere gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der C. _____ (nachfolgend MEDAS) vom 27. September 2017 (AB 110.1) in Aussicht, den An-

spruch auf eine Rente und auf berufliche Massnahmen zu verneinen, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Hiergegen erhob die Versicherte Einwände (AB 115, 117). Nach Einholen einer Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 19. Dezember 2017 (AB 119) entschied die IVB mit Verfügung vom 28. Dezember 2017 (AB 120) dem Vorbescheid entsprechend.

D.

Mit Eingabe vom 26. Januar 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, hiergegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 28. Dezember 2017 sei aufzuheben und der Invaliditätsgrad neu zu berechnen. Es sei der Beschwerdeführerin zumindest eine Viertelsrente zuzusprechen.
2. Eventualiter seien die Akten an die Beschwerdegegnerin zur Neuurteilung zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie

zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 28. Dezember 2017 (AB 120). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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 Vorab rügt die Beschwerdeführerin in formeller Hinsicht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, indem sie vorbringt, die Beschwerdegegnerin und die von dieser beigezogene med. pract. D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom RAD, würden sich in der Verfügung vom 28. Dezember 2017 (AB 120) bzw. der ärztlichen Stellungnahme vom 19. Dezember 2017 (AB 119) nicht mit den Einwänden gegen den Vorbescheid (AB 117) bzw. den mit diesen eingereichten Stellungnahmen der behandelnden Ärzte (AB 117/3, 117/4) auseinandersetzen, womit sie ihrer Begründungspflicht nicht nachgekommen seien.

2.2 Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Be-

troffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2017 KV Nr. 6 S. 30 E. 5).

Die angefochtene Verfügung vom 28. Dezember 2017 (AB 120) erweist sich als hinlänglich begründet. Die Beschwerdegegnerin hat sich darin mit den wesentlichen Einwänden der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Rechtsprechungsgemäss war sie nicht gehalten, auf jede erhobene Rüge einzugehen. Eine sachgerechte Anfechtung der Verfügung war denn auch ohne weiteres möglich. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs bzw. der Begründungspflicht liegt somit nicht vor.

3.

3.1 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).

3.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Eingliederungsmassnahmen bestehen nach Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG unter anderem in

Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe).

3.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

3.4

3.4.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Dies gilt analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a).

3.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) In-

validität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

3.4.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

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

3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 13. Dezember 2016 (AB 90) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der letzten leistungsablehnenden Verfügung vom 22. April 2014 (AB 75) und der hier angefochtenen Verfügung vom 28. Dezember 2017 (AB

120) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit einen allfälligen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 3.4 hiavor).

4.2 Die Verfügung vom 22. April 2014 (AB 75) stützte sich aus medizinischer Sicht im Wesentlichen auf den RAD-Untersuchungsbericht von Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Mai 2013 (AB 55) sowie auf das rheumatologische Gutachten der Klinik F._____ vom 5. September 2013 (AB 63.1).

Dr. med. E._____ diagnostizierte eine seit langen Jahren bestehende somatoforme Schmerzstörung sowie rezidivierende depressive ängstlich gefärbte Episoden. Es beständen Residualsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Albträumen und wiederkehrenden Bildern von Gräueln, die die Versicherte vor vielen Jahren gesehen habe. Auch körperliche sei es zu einer Zustandsveränderung gekommen. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei insofern eingetreten, als dass sie seit dem Ablehnen des letzten Rentenbescheides in den letzten zwei Jahren wiederholt in der Klinik gewesen sei. Trotz intensiver Behandlung sei es jedoch zu keiner nachhaltigen Besserung ihres Zustandes gekommen. Die Versicherte sei anscheinend chronisch suizidal. Die bisher angewandten Behandlungen hätten zu keiner Besserung der Schmerzsymptomatik geführt. Eine Intensivierung der psychiatrischen Behandlung würde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keiner Änderung des Gesundheitszustandes führen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei es zu einer Chronifizierung der bereits bekannten Symptomatik gekommen, aber auch zu einer Verschlechterung der körperlichen Verfassung seit der Lungenembolie. Die Versicherte könne aus psychiatrischer Sicht noch zu 50% leichte ... machen. Sie sei wegen ihrer Persönlichkeit eher in der Lage, alleine als im Team zu arbeiten. Sie sehe sich subjektiv seit vielen Jahren nicht in der Lage, ihren Haushalt zu erledigen, weshalb berufliche Massnahmen wenig aussichtsreich seien (AB 55 S. 7).

Im rheumatologischen Gutachten vom 5. September 2013 (AB 63.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Fibromyalgie – muskuläre Dekonditionierung –, eine rezidivierende depressive Störung sowie ein subacromiales Impingement der rechten Schulter diagnostiziert (S. 10).

Körperlich bestünden Einschränkungen der Schulterbeweglichkeit und altersentsprechende degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, welche eine mittelschwere bis schwere Tätigkeit verunmöglichen würden. Weiter bestehe eine allgemeine Dekonditionierung mit Kraftlosigkeit und Schwäche (S. 12 Ziff. 1). Die letzte ausgeführte Tätigkeit als ... sei der Versicherten nicht mehr zumutbar (Ziff. 2). Eine leichte Arbeit mit Heben und Tragen von Gewichten bis 10 kg, Stehen und Sitzen bis 30 min, Vermeiden von repetitiven Überkopfarbeiten und vorgebeugter Haltung sei möglich und die auftretenden Beschwerden überwindbar (Ziff. 3). Eine solche Arbeit sei ihr im Pensum von 50% verteilt über den ganzen Tag zumutbar, d.h. an vier Stunden pro Tag (S. 13 Ziff. 10 und 13). Es müsse die Möglichkeit bestehen, regelmässig Pausen einzulegen (Ziff. 12).

4.3 Seit der Verfügung vom 22. April 2014 (AB 75) ergibt sich bezüglich des Gesundheitszustandes im Wesentlichen das Folgende:

4.3.1 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 20. Dezember 2016 (AB 91/2) an den Rechtsvertreter der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, langjährige chronifizierte Entwicklung, aktuell etwa mittel- bis schwergradige Episode (ICD-10 F33.1-2), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), eine generalisierte Angststörung (mit klaustrophobischen Ängsten, hypochondrischen Ängsten, Ängsten bei Alleinsein, vor Verfolgung und im Dunkeln; ICD-10 F41.1) bei Anhaltspunkten für eine posttraumatische Belastungsstörung bei persistierenden Kriegserinnerungen als 12-jähriges Kind (ICD-10 43.1). Er (Dr. med. G._____) gehe davon aus, dass sich der Gesundheitszustand seit mindestens zwei Jahren weiter verschlechtert habe, mit nochmaliger Zunahme der Beschwerden/Störungen in den letzten Monaten. Dies betreffe insbesondere diverse somatische/somatoforme/vegetative Beschwerden/Störungen. Gemäss den Aussagen der Versicherten gehe es um kardiale Störungen, Kreislaufstörungen sowie deutlich verstärkte Schmerzen/Störungen im muskuloskelettalen Bereich. Damit zusammenhängend hätten sich auch die psychiatrischen Störungen gemäss den angegebenen Diagnosen verschlechtert bzw. weiter chronifiziert. Auf der psychiatrischen Symptomebene bestünden Erschöpfungszustände, eine Adynamie, Stim-

mungstiefs, eine Resignation, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Leeregefühle, eine Perspektivlosigkeit, ein sozialer Rückzug und episodisch latente Suizidgedanken.

4.3.2 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Schreiben vom 23. Februar 2017 (AB 91/1) an den Rechtsvertreter der Versicherten aus, er habe diese am 21. Februar 2017 erneut befragt und untersucht. Im Vordergrund stünden seines Erachtens die psychischen Beschwerden, wie sie Dr. med. G._____ im Schreiben vom 20. Dezember 2016 dargelegt habe. Aus somatischer Sicht hätten sich die muskuloskelettalen Beschwerden deutlich verstärkt, mit zunehmenden Einschränkungen der Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule und ausgeprägten muskulären Insuffizienzen und Dysbalancen. Neu lägen lumboischialgiforme Schmerzen, verdächtig auf eine Diskushernie L4/5 rechts, sowie Schmerzen in den Händen bei leichter Polyarthrose der Fingergelenke, insbesondere im Bereiche des MCP-Gelenkes 1 links, im Sinne einer Rhizarthrose vor. Die verminderte Leistungstoleranz könne durch die kardiologischen Abklärungen nicht belegt werden und seien wahrscheinlich eher pulmonaler Natur bei einem Status nach Lungenembolien. Ebenso blieben der chronische Schwindel und die chronische Fatigue ungeklärt. In Anbetracht der sehr komplexen Situation sei eine erneute interdisziplinäre Abklärung notwendig.

4.3.3 Dr. med. G._____ führte im Schreiben vom 10. April 2017 (AB 98/3) an den Rechtsvertreter der Versicherten aus, die Versicherte berichte seit Monaten über einen deutlich verschlechterten Gesundheitszustand auf somatischer Ebene. Dies betreffe insbesondere ausgeprägte chronifizierte Schmerzen im Bereich Kopf, Wirbelsäule, obere Extremitäten (Schulterbereich, Hand- und Fingergelenke), untere Extremitäten, über eine ausgeprägte Fatigue, wie auch über kardiale Beschwerden und Kreislaufbeschwerden. Aus psychiatrischer Sicht hätten sich die umfangreichen Symptome/Störungsbilder innerhalb der letzten Jahre deutlich verschlechtert. Allein die psychiatrischen Diagnosen (und insbesondere zusammen mit den diversen somatischen Erkrankungen) sollten ausreichend sein, um das Er-suchen der Versicherten betreffend Leistungen der Invalidenversicherung nochmals eingehend im Rahmen einer polydisziplinären Begutach-

tung zu klären. Sie leide unter mittlerweile chronifizierten Stimmungstiefs, unter Verlust von Lebensfreude, Antriebslosigkeit, Motivationsstörungen und unter ausgeprägten Konzentrationsstörungen. Das Denken sei massiv eingengt auf ihre Beschwerden und die schwierige Lebenssituation. Wahnideen oder Wahrnehmungsstörungen seien keine vorhanden. Immer wieder würden gelegentlich belastende, „flash-back“-artige Bilder von früheren traumatisierenden Erfahrungen auftreten (Gewalt- und Kriegserinnerungen im Kindesalter). Es bestünden eine ausgeprägte Resignations-tendenz sowie eine Abflachung der Affekte. Häufig sei eine depressive Stimmungslage vorhanden, bei gegebener aber eingeschränkter Modulationsfähigkeit. Es lägen massive klaustrophobische und hypochondrische Ängste vor, zudem Ängste bei Alleinsein, vor Verfolgung und im Dunkeln, Existenzängste, Zukunftssorgen sowie ausgeprägte Rückzugstendenzen mit mittlerweile nur noch vereinzelt gegebenen sozialen Kontakten. Oft würden Gefühle von Lebensverleider bis hin zu suizidalen Gedanken geäußert. Der Schlaf sei seit Monaten eingeschränkt, mit vielen (vermutlich auch schmerzbedingten) Wachphasen, wo wiederum drehendes grübelndes Denken und belastende Erinnerungen/Bilder auftreten würden. Die Leistungsfähigkeit sei auf das Führen des Haushalts – unter erheblicher Mithilfe des Ehemannes – beschränkt. Eine ausserhäusliche Tätigkeit sei für die Versicherte kaum vorstellbar, bei rascher Erschöpfung und chronischer Fatigue. All diese Beschwerden/Symptome hätten sich gemäss Sprechstundenkontakten in den letzten Monaten/Jahren doch deutlich verstärkt.

4.3.4 Im interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 27. September 2017 (AB 110.1) wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden u.a. ein Status nach Fraktur des V. Fingers der rechten Hand, achsengerecht und stabil konsolidiert, minimales, funktionell irrelevantes Streckdefizit im Mittelgelenk des V. Fingers, ein Status nach bilateralem Venenstripping, komplikationsloser Verlauf, ein Status nach Carpaltunnelsyndromoperationen 2005 und 2016 links, jeweils rezidivfrei, eine arterielle Hypertonie sowie ein Zustand nach Lungenembolie im September 2012 (S. 15). Im psychiatrischen Fachgebiet hätten die gestellten Diagnosen nicht bestätigt werden können. Bei der Versicherten liege keine psychiatrische Erkrankung vor. Es bestün-

den keine Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit, der Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen, zu Spontanaktivitäten, zur Selbstpflege und der Verkehrsfähigkeit. Das Auftreten der Versicherten, ihr Antwortverhalten und das signifikant schlechte Abschneiden in einem Beschwerdevalidierungsverfahren sprächen für das Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik. Die Versicherte verfolge seit Jahren den Wunsch, von der Invalidenversicherung berentet zu werden, was sie auch freimütig eingeräumt habe. Die Gesundheitsstörungen, die in den übrigen Fachgebieten hätten verifiziert werden können, würden sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Diese sei vollständig erhalten. Die Versicherte habe nach der Kündigung ihres letzten Arbeitsplatzes 2005 bis dato nicht mehr gearbeitet. Die Wiederaufnahme dieser Tätigkeit sei aus orthopädischer Optik unmittelbar möglich. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Arbeit wie auch einer Verweistätigkeit liege auf internistischem Gebiet bei 100%. Die arterielle Hypertonie sowie die vermutlich funktionellen Oberbauchbeschwerden würden die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussen (S. 16). Die Funktionseinschränkungen, welche bei der Versicherten vorlägen, könnten nicht auf eine medizinische Ursache zurückgeführt werden. Es sei vielmehr davon auszugehen, dass sich der schwierige soziale Status, der sich aus der fehlenden Berufsausbildung und auch der mangelhaften Integration (die Versicherte sei, obwohl sie seit 1981 in der Schweiz wohne, immer noch auf einen Dolmetscher angewiesen) ergebe, auswirke. Hierbei handle es sich um versicherungsfremde Faktoren, die bei der Bewertung der Arbeitsfähigkeit keine Berücksichtigung finden könnten (S. 18 Ziff. 3).

4.3.5 Am 16. November 2017 (AB 117/4) nahm Dr. med. G. _____ Stellung zum psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten (AB 110.2). Der psychiatrische Gutachter habe keine Beeinträchtigung der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten und Verkehrsfähigkeit sowie keine Zwangssymptome oder phobische Ängste feststellen können und gehe zudem von einem zielgerichteten Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik aus. Überhaupt stelle dieser keinerlei psychopathologi-

sche Befunde in seiner Exploration fest und könne dementsprechend auch keine psychiatrische Diagnose und damit auch keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht feststellen. Dies erstaune ihn (Dr. med. G. _____) doch erheblich, da er in seinen früheren Berichten bzw. in seinen psychopathologischen Einschätzungen im Rahmen vieler in den letzten Jahren stattgefundener Konsultationen in seiner Sprechstunde bei der Versicherten doch zu deutlichen Befunden und psychiatrischen Diagnosen gekommen sei. Selbst unter Berücksichtigung eines gewissen Ermessensspielraums in psychiatrischen Einschätzungen sei dieser Unterschied doch massiv. Er habe die Versicherte in den letzten Wochen/Monaten nicht mehr in seiner Sprechstunde gesehen. Sie habe aufgrund der mittlerweile langandauernden chronifizierten psychischen Störungen, die weitgehend therapierefraktär geblieben seien und bei weitgehend aufgebrauchten Ressourcen resigniert und sich aufgegeben. Er habe nie den Eindruck gehabt, dass sie eine Symptomatik vortäusche oder erheblich aggraviere. Vielmehr sei seines Erachtens immer ein deutlicher Leidensdruck feststellbar gewesen (S. 4).

4.3.6 Am 20. November 2017 (AB 117/3) nahm Dr. med. H. _____ Stellung zum MEDAS-Gutachten. Die somatischen Befunde seien variabel in Intensität, Schmerzcharakter und Lokalisation der Schmerzen. Diese seien zugegebenermassen oft diskrepant zu den von der Versicherten geschilderten Beschwerden, jedoch reproduzierbar und verifizierbar durch die klinische Untersuchung, insbesondere in manualmedizinischer Hinsicht. Es handle sich um vielfältige muskulär-funktionelle Störungen. Die Beschwerden seien im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren. Bezüglich der psychiatrischen Befunde schliesse er sich der Beurteilung von Dr. med. G. _____ vollumfänglich an. Dass der begutachtende Psychiater bei der Versicherte Simulationen in Erwägung ziehe, wirke auf ihn befremdend. Simulation entspreche eher einem Schimpfwort als einer seriösen psychiatrischen Diagnose. Die schwer belastende Vergangenheit der Versicherten und die andauernden finanziellen, familiären und psychosozialen Schwierigkeiten kenne er seit Jahren und beurteile sie als real.

4.3.7 Med. pract. D. _____ vom RAD führte in der Stellungnahme vom 19. Dezember 2017 (AB 119) aus, auf das MEDAS-Gutachten vom

28. September 2017 (AB 110.1) könne vollumfänglich abgestellt werden. Die Gutachter, insbesondere der fallführende psychiatrische Gutachter, würden anerkannte Diagnose- und Testverfahren anwenden, die in der Lage seien, vorgebrachte Beschwerden zu objektivieren und zu validieren. Aus den durch den Rechtsvertreter der Versicherten nachgereichten Unterlagen der ambulanten Behandler gingen keine neuen objektivierbaren Sachverhalte hervor. Insbesondere würden die ambulanten Behandler versicherungsfremde Faktoren („andauernde finanzielle, familiäre und psychosoziale Schwierigkeiten“) erwähnen, welche den Zustand der Versicherten bedingten.

4.3.8 Dr. med. G._____ führte in seiner Stellungnahme vom 18. Januar 2018 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 4) aus, die von der RAD-Ärztin med. pract. D._____ dargestellten Sachverhalte, insbesondere dass die ambulanten Behandler versicherungsfremde Faktoren erwähnen würden, die den Zustand der Versicherten bedingen würden, könne er (Dr. med. G._____) in diesem Sinne nicht nachvollziehen. Psychosoziale Faktoren/Umstände (beispielsweise Familiensituation, sprachliche Integration, Anpassungsprobleme, materielle Situation) könnten die krankheitsrelevanten Störungen bei der Versicherten nicht wesentlich begründen. Es sei nach wie vor von einer erheblich eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus Krankheitsgründen auszugehen.

4.4 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 medizi-

nischen 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). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

4.5 Die Beschwerdegegnerin stellte in der Verfügung vom 28. Dezember 2017 (AB 120) im Wesentlichen das auf polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 27. September 2017 (AB 110.1) ab. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (E. 4.4 hiavor). Die Experten haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchung und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis aller Vorakten und würdigten sämtliche ihnen zur Verfügung stehenden Informationen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet und werden auch von RAD-Ärztin med. pract. D. _____ in der Stellungnahme vom 19. Dezember 2017 (AB 119) bestätigt. Die dagegen

von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwände sowie die übrigen medizinischen Berichte vermögen – wie nachfolgend gezeigt wird – den Beweiswert dieses Gutachtens nicht zu schmälern. In der Folge ist darauf abzustellen.

Primär ist darauf hinzuweisen, dass die medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) und der RAD die gesetzlichen Organe zur Erhebung des medizinischen Sachverhaltes bzw. zur Folgenabschätzung der erhobenen medizinischen Befunde darstellen und nicht die behandelnden Ärzte. Damit können Administrativgutachten und RAD-Stellungnahmen nicht einfach immer in Frage gestellt werden, wenn die behandelnden Ärzte eine abweichende Meinung zur Arbeitsunfähigkeit äussern. Zu beweismässigen Weiterungen Anlass besteht nur, wenn diese objektive Anlasspunkte vortragen, welche den Sachverständigen der MEDAS und/oder den RAD-Ärzten entgangen sind (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. Februar 2016, 9C_668/2015, E. 3). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

Lediglich weil zwischen den psychiatrischen Erhebungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. G._____ und dem untersuchenden MEDAS-Psychiater bei der Erhebung der psychiatrischen Befunde und den Einschätzungen ein „massiver“ Unterschied besteht (vgl. Brief von Dr. med. G._____ an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 16. November 2017 [AB 117/4]), hat dies noch nicht einen verminderten Beweiswert der MEDAS-Expertise zur Folge. Es ist zu berücksichtigen, dass Dr. med. G._____ gemäss eigenen Angaben vom 16. November 2017 die Beschwerdeführerin in den letzten Wochen/Monaten nicht mehr gesehen hat. Der psychiatrische MEDAS-Gutachter wies denn auch zu Recht darauf hin, dass es überrasche, warum die Beschwerdeführerin, bei welcher eine Depression aktenkundig sei, nicht antidepressiv behandelt werde (AB 110.2 S. 8). Er stellte aufgrund eines Validierungstest fest, dass das Testergebnis der Beschwerdeführerin eindeutig auf ein zielgerichtetes Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik spricht. Dass Dr. med. G._____ nie den Eindruck hatte, dass die Beschwerdeführerin eine Symptomatik vortäuscht oder erheblich aggraviert (AB 117/4) ändert daran nichts, ist es doch nicht die primäre Aufgabe der behandelnden Fachärzte, die Angaben und präsentierten Beschwerden kritisch zu hinterfragen, wes-

halb diese beispielsweise auch keine Validierungstests durchführen, welche eine Simulation belegen können. Weiter konnten die von Dr. med. G._____ beschriebene rasche Erschöpfung und chronische Fatigue, welche eine ausserhäusliche Tätigkeit verhindern würde (AB 117/4 S. 5), anlässlich der psychiatrischen MEDAS-Begutachtung nicht festgestellt werden. So war die Auffassung während der 100 Minuten dauernden psychiatrischen Exploration nicht erschwert und die Konzentration war nicht beeinträchtigt, auch nicht im Verlauf oder gegen Ende der Untersuchung (AB 110.2 S. 5 Ziff. 3). Gleich verhält es sich in Bezug auf die somatischen Beschwerden (ausgeprägte chronifizierte Schmerzen im Bereich Kopf, Wirbelsäule, Schulterbereich, Hand- und Fingergelenke sowie untere Extremitäten), für welche die Beschwerdeführerin bei Dr. med. G._____ über einen verschlechterten Gesundheitszustand berichtete (AB 117/4 S. 5). Gegenüber dem orthopädischen MEDAS-Gutachter erwähnte die Beschwerdeführerin lediglich Beschwerden im Bereich beider Beine und Füsse. Die früher gegenüber dem Hausarzt beschriebenen cervicovertebralen Beschwerden und rechtsseitigen Schulterbeschwerden wurden an der Begutachtung 2017 nicht mehr beklagt. Auch waren sowohl die Halswirbelsäule als auch die rechte Schulter klinisch funktionell vollständig unauffällig (AB 110.3 S. 6). Lediglich eine minime Streckminderung im Mittelgelenk des 5. Fingers der rechten Hand konnte eruiert werden (S. 4), welche jedoch gemäss der Einschätzung des orthopädischen Fachgutachters keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat (S. 7). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. G._____ über keinen Facharztstitel in Rheumatologie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie verfügt und daher das detaillierte und fundierte rheumatologische MEDAS-Teilgutachten (AB 110.3) nicht fachspezifisch in Frage zu stellen vermag.

Auch die Briefe des behandelnden Hausarztes und Internisten Dr. med. H._____ vom 20. November 2017 (AB 117/3) und 18. Januar 2018 (BB 4) an den Rechtsvertreter der Versicherten vermögen den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nicht zu schmälern. Einerseits verfügt Dr. med. H._____ nicht über einen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie, weshalb er das detaillierte und fundierte psychiatrische MEDAS-Teilgutachten (AB 110.2) nicht fachspezifisch in Frage zu stellen vermag. Andererseits bezeichnet selbst Dr. med. H._____ die somatischen Be-

funde als oft diskrepant zu den von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden. Er beurteilt sie jedoch als durch die klinische Untersuchung reproduzier- und verifizierbar und interpretiert sie als „Beschwerden im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung“ (AB 117/3). Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung verursacht jedoch körperliche Symptome, die sich nicht auf eine organisch-strukturelle Schädigung zurückführen lassen. Der Einschätzung eines Internisten zur aus dieser Gesundheitsstörung resultierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht kann tatsächlich nur beschränkte Aussagekraft zukommen. Die fachliche Qualifikation der Ärzte ist hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussagen von erheblicher Bedeutung (Entscheid des BGer vom 22. März 2010, 8C_83/2010, E. 3.2.3). Auch seine Aussagen bezüglich der festgestellten Simulation sind vorliegend nicht massgebend bzw. muss darauf hingewiesen werden, dass er selbst versicherungsfremde Faktoren erwähnt, die den Zustand der Beschwerdeführerin bedingen (AB 117/3).

4.6 Aufgrund des beweiskräftigen MEDAS-Gutachtens vom 27. September 2017 (AB 110.1) ist seit der letzten rentenverweigernden Verfügung vom 22. April 2014 (AB 75) eine wesentliche Veränderung im Gesundheitszustand eingetreten. Die rheumatologischen Gutachter kamen im Gutachten vom 5. September 2013 (AB 63.1) zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin u.a. wegen den damals festgestellten Einschränkungen der Schulterbeweglichkeit nur mehr eine leidensangepasste Erwerbstätigkeit und dies nur noch im Umfang von 50% zumutbar sei (S. 12 f.). Bei der klinischen Untersuchung der Schultergelenke war der Nacken- und Schürzengriff schmerzbedingt eingeschränkt. Bei der Schulterprotraktion war bei beiden Schultern die Aussenrotation eingeschränkt (S. 6). Bei der orthopädisch-traumatologischen Begutachtung 2017 schilderte die Versicherte weder Einschränkungen noch Schmerzen bezüglich der Schultern (AB 101.3 S. 2 Ziff. 2.1). Im Gegensatz zu 2013 war 2017 die Beweglichkeit der Schultern nicht eingeschränkt. Auch waren jetzt die Globalfunktionen des Überkopf-, Nacken- und Schulterblattgriffes rechts und links ohne jede Beeinträchtigung möglich. Weiter hat sich die Beweglichkeit der Halswirbelsäule seit 2013 verbessert zumal sich der Kinn-Jugulum-Abstand von 4/16 cm im Jahr 2013 (AB 63.1 S. 6) auf 2/21 cm im Jahr 2017 verbessert hat. 2017 war in sämtlichen Gelenken der oberen und unteren Extremitäten

die Beweglichkeit aktiv und passiv beschwerdefrei und uneingeschränkt möglich. Entsprechend war auch die Beweglichkeit des Rumpfes und der Wirbelsäule aktiv und passiv vollständig und ohne Einschränkung möglich (AB 101.3 S. 4 Ziff. 3). Aufgrund der 2017 erhobenen Befunde konnte, anders als noch 2013 (AB 63.1 S. 8), weder eine Fibromyalgie noch eine muskuläre Dekonditionierung, festgestellt werden (AB 110.3 S. 7). Der Fibromyalgie und der muskulären Dekonditionierung wurden 2013 noch Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (AB 63.1 S. 10).

Zusammenfassend ist seit 2013 eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten, und der Invaliditätsgrad ist neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen. Aufgrund des beweiskräftigen MEDAS-Gutachtens vom 27. September 2017 (AB 110.1) sprechen das Auftreten der Beschwerdeführerin, das Antwortverhalten und das signifikant schlechte Abschneiden in einem Beschwerdevalidierungsverfahren für das zielgerichtete Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik (S. 22 Ziff. 1). Es besteht somit – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht annimmt – kein invalidisierender und damit kein versicherter Gesundheitsschaden und die Beschwerdeführerin ist in der angestammten Tätigkeit wie auch in jeder anderen altersassoziierten Arbeit vollständig arbeits- und leistungsfähig. Eine Prüfung der einzelnen Indikatoren und damit die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens im Sinne von BGE 141 V 281 erübrigt sich damit.

4.7 Aufgrund des Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 28. Dezember 2017 (AB 120) als rechters. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 26. Januar 2018 ist offensichtlich unbegründet und daher abzuweisen.

5.

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

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

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. 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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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