

200 18 859 IV  
SCP/SHE/RUL/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. April 2019**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiber Schnyder

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. Oktober 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1956 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im August 2002 unter Hinweis auf einen am 11. September 1999 erlittenen Stromschlag erstmals bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II und act. IIA] act. II 1). Mit Verfügung vom 25. September 2003 (act. II 25) sprach diese der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 50 % rückwirkend ab dem 1. Dezember 2001 eine halbe Rente zu.

Insbesondere gestützt auf ein vom zuständigen obligatorischen Unfallversicherer, der D. \_\_\_\_\_, im Juni 2010 angeordnetes polydisziplinäres Gutachten der E. \_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 22. November 2010 (act. II 82) hob die IVB die bisherige halbe Rente mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 23. August 2011 (act. II 101) bei einem Invaliditätsgrad von 0 % per Ende September 2011 auf.

Im Februar 2012 (act. II 126) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine drastische Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes während der letzten zwei Jahre erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Die IVB holte medizinische und erwerbliche Unterlagen sowie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 145) ein. Gestützt darauf wies sie mit Verfügung vom 9. November 2012 (act. II 150) bei einem Invaliditätsgrad von 25 % das Rentenbegehren ab. Die Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Im April 2013 (act. IIA 153) erfolgte eine weitere Neuanschuldung, auf welche die IVB mit Verfügung vom 24. September 2013 (act. IIA 169) mangels Glaubhaftmachens veränderter Verhältnisse nicht eintrat. Auf die dagegen erhobene Beschwerde (act. IIA 170/3) trat das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, wegen Nichtbezah-

len des Kostenvorschusses mit Urteil vom 7. April 2014, IV/2013/945 (act. IIA 183), nicht ein. Das Urteil blieb unangefochten.

Am 25. Februar 2014 (act. IIA 178) stellte die Versicherte bei der IVB erneut ein Leistungsgesuch. Daraufhin forderte diese sie mit Schreiben vom 23. Mai 2014 (act. IIA 185) auf, durch Einreichung entsprechender Unterlagen die Veränderung ihres Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, andernfalls werde auf das Gesuch nicht eingetreten. Dieser Aufforderung kam die Versicherte innert angesetzter Frist nicht nach, woraufhin die IVB mit der Begründung, bei objektiver Betrachtung sei keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht worden, mit Verfügung vom 18. November 2014 (act. IIA 210) auf das Leistungsgesuch nicht eintrat. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. IIA 214/3) hiess das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 5. Juli 2016, IV/2014/1213 (act. IIA 230), gut und wies die Sache an die IVB zurück, damit diese auf die Neuanmeldung eintrete und nach Einholen weiterer Abklärungen neu verfüge.

In der Folge beauftragte die IVB die MEDAS mit der polydisziplinären Begutachtung der Versicherten (act. IIA 264). Gestützt auf deren Gutachten vom 6. März 2018 (act. IIA 307.1) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 9. Mai 2018 (act. IIA 309) bei einem Invaliditätsgrad vom 7 % die Ablehnung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwände (act. IIA 310 und 312). Nach Einholen einer RAD-Stellungnahme vom 18. Juli 2018 (act. IIA 315) verfügte die IVB am 16. Oktober 2018 (act. IIA 321) dem Vorbescheid entsprechend.

### **C.**

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_, am 16. November 2018 Beschwerde erheben. Sie beantragt, in Aufhebung der Verfügung vom 16. Oktober 2018 (act. IIA 321) sei der Versicherten eine Rente nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zuzusprechen. Eventualiter sei durch das Gericht eine Neubegutachtung unter Berücksichtigung der Fachdisziplin Neuropsychologie sowie eine Musterabklärung über visuell evokede Potenziale (VEP) durchzuführen. Subeventualiter sei die Sache

zwecks Neubegutachtung unter Berücksichtigung der Fachdisziplin Neuropsychologie und Durchführung einer VEP Musterabklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Weiter sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen und es sei ihr Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ als unentgeltliche Rechtsbeiständin zu gewähren.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Dezember 2018 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 18. Februar 2019 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin 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 IVG). 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 Verwaltungsrechts-

pflge [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 16. Oktober 2018 (act. IIA 321). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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).

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

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

beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

**2.2.2** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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

**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). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls

sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195; SVR 2017 IV Nr. 75 S. 231 E. 4.1.1).

## **2.5**

**2.5.1** 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).

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

**2.5.3** 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 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

**2.5.4** 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). Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin wurde in VGE IV/2014/1213 (act. IIA 230) angewiesen, auf das Neuanmeldungsgesuch vom 25. Februar 2014 (act. IIA 178) einzutreten. Streitig und zu prüfen ist nunmehr, ob ein Revisionsgrund vorliegt. Vergleichsbasis bildet die Verfügung vom 23. August 2011 (act. II 101), wurde doch im Rahmen der Verfügung vom 9. November 2012 (act. II 150) nur aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht aufgrund einer Aktenbeurteilung des RAD vom 20. September 2012 (act. II 145) eine Anpassung des Zumutbarkeitsprofils vorgenommen, wodurch keine umfassende Überprüfung des Gesundheitszustandes erfolgte. Somit ist der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 23. August 2011 (act. II 101), mit demjenigen zu vergleichen, wie er sich ab Neuanmeldung vom 25. Februar 2014 (act. IIA 178) bis zum Erlass der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 16. Oktober 2018 (act. IIA 321) präsentierte.

**3.2** Im Hinblick auf die Verfügung vom 23. August 2011 (act. II 101) kann den Akten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes entnommen werden:

Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 22. November 2010 (act. II 82/2) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine beginnende femoropatellarbetonte Gonarthrose beidseits (ICD-10 M17.0), eine Adipositas permagna (BMI 47 kg/m<sup>2</sup> [ICD-10 E66.0]) und rezidivierende Bewusstseinsstörungen unklarer Aetiologie (ICD-10 R41.8) diagnostiziert (S. 36 Ziff. 5.1). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein inkomplettes metabolisches Syndrom, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom unter C-PAP-Therapie (ICD-10 G47.31), ein Status nach Elektrounfall am 11. September 1999 (ICD-10 T75.4), funktionelle visuelle Störungen mit Oszillopsien (ICD-10 H53.1), ein isolierter Wachstumshormonmangel, ein Status nach totaler Thyreoidektomie bei euthyreoter Struma (2007) und eine Vitamin-D-Insuffizienz (Ziff. 5.2). Anlässlich der psychiatrischen Exploration seien keine psychopathologischen Symptome feststellbar gewesen (S. 20 f. Ziff. 4.1.4). Die in den Akten erwähnten Ängste und Depressionen hätten sich vollständig zurückgebildet. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4.1.5). Aus neurologischer Sicht wurde dargelegt, die Versicherte klage über ein bewegtes Schriftbild und nehme auch beim Blick in die Ferne ein Bewegen der Bilder wahr. Ferner komme es zu „Verschwommensehen“ und die Buchstaben verzerrten sich. Nach dem Unfall habe sie Schwindel, unscharfes Sehen und rasche Ermüdbarkeit beklagt; eigentliche Oszillopsien seien nicht beschrieben worden. Im Verlaufe der ersten Jahre nach dem Unfall sei es zu einer Verschlechterung der neurologischen Symptomatik gekommen, was auf eine Symptomausweitung schliessen lasse. Die MR-Untersuchung des Kopfes habe keinen Nachweis von Läsionen ergeben, welche die visuellen Störungen schlüssig erklärten. Da nach dem Unfall keine Bewusstseinsstörung vorgelegen habe, sei nicht davon auszugehen, dass es zu einer traumatischen Hirnverletzung gekommen sei. Selbst bei Annahme einer solchen wäre jedoch von einer raschen Rückbildung der Beschwerden innerhalb der ersten Monate auszugehen. Somit lasse sich der chronifizierte Verlauf der Beschwerden mit einer milden traumatischen Hirnverletzung nicht erklären (S. 25 ff. Ziff. 4.2.4). Aus somatisch-neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in ihrer angestammten beruflichen Tätigkeit als ... nicht eingeschränkt. Seit dem Unfall vom 31. Mai 2010 sei sie nicht fähig, Motorfahrzeuge zu führen (S. 27 Ziff. 4.2.5). Aus orthopädischer Sicht bestehe mit Einfluss auf die Arbeits-

fähigkeit eine beginnende femoropatellar betonte Gonarthrose beidseits (ICD-10 M17.0; S. 30 Ziff. 4.3.3). Diese könne naturgemäss die Belastbarkeit der Kniegelenke vermindern. Erschwerend wirke sich hierbei aber vor allem die ausgeprägte Adipositas aus, die intrinsisch zu einer chronischen Überlastung sämtlicher Strukturen an der unteren Körperhälfte führe, was das Auftreten von Schmerzen begünstige (S. 32 Ziff. 4.3.4). Für körperlich leichte Tätigkeiten mit einer Hebe- und Traglimite von maximal 10 kg und ohne belastende Zwangshaltungen der Knie bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4.3.5). Aus endokrinologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 36 Ziff. 4.4.5).

**3.3** Seit der Verfügung vom 23. August 2011 (act. II 101) ergibt sich bezüglich des Gesundheitszustandes im Wesentlichen Folgendes:

**3.3.1** Im Bericht vom 13. Juni 2014 (act. IIA 248/2) hielt Prof. Dr. med. - F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, fest, die subjektiven Oszilopsien seit einem Stromunfall blieben unklar, es seien verschiedene ophthalmologische und neuroophthalmologische Untersuchungen vorgenommen worden, die normale Befunde ergeben hätten. Die Müdigkeit und Tagesschläfrigkeit könne im Rahmen des Schlafapnoe-Syndroms erklärt werden, eine Behandlung bleibe klar indiziert (S. 3).

**3.3.2** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte im Bericht vom 25. November 2016 (act. IIA 249/15) unter dem Punkt "subjektive und klinische Symptome" Folgendes fest: "Zerschlagenheit" (Erschöpfung), Benommenheit bei raschem Blickwechsel (mit schwankenden Bildern), "Globalsehen" mit Vernachlässigung von visuellen Einzelheiten, Konzentrationsschwäche, leichte vertikale Sakkadenstörung, pathologische vestibulo-spinale Reflexe mit unsystematischer Falltendenz sowie dynamische Rumpfataxie mit unsystematischen Kompensationsbewegungen. Als funktionelle Einschränkung attestierte er eine Fallneigung bei Richtungswechsel sowie Gehen auf unebenen und komplexen Oberflächen (wie eine Treppe), eine psychomotorische Verlangsamung und eine eingeschränkte Arbeit an Bildschirmen, die fraktioniert werden müsse (S. 15). Das Befinden und die klinischen Befunde hätten sich in den letzten zwei Jahren nur unwesentlich verbessert. Die temporo visuelle

Organisationsstörung komplizierter Szenen sei weiterhin das am meist störende Syndrom. Die gestörte spino-zerebello-korticale Bewegungsplanung habe sich ebenfalls kaum geändert. Einzig die Kompensationsbewegungen seien etwas auffälliger, was man durch eine zusätzliche affektive Komponente erklären könne. Die Müdigkeit entspreche eher einer Zerschlagenheit und nicht einer Hypersomnie oder Vigilanzstörung, da weder der Schlaf-Wach-Rhythmus noch die Schlafqualität von der Versicherten als problematisch beschrieben werde. Die Dauer und die Komplexität der psycho-neurologischen Erkrankung verursachten eine allgemeine und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit (S. 16).

**3.3.3** Im Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 5. September 2017 (act. IIA 287/2) wurde festgehalten, formal neuropsychologisch zeigten sich bei der vollständig orientierten, kooperativen und anstrengungsbereiten Versicherten vordergründig Defizite im attentionalen Funktionsbereich. Insbesondere seien stark verlangsamte Reaktionszeiten mit schwankenden Reaktionslatenzen und eine schwergradig verminderte selektive Aufmerksamkeit feststellbar. Zudem sei eine schwergradig verminderte graphomotorische sowie visuo-verbale Verarbeitungsgeschwindigkeit zu erkennen. Im exekutiven Bereich ergäben sich eine stark unterdurchschnittliche kognitive Umstellfähigkeit und eine leichtgradig verminderte verbale Ideenproduktion. Das Gedächtnis sowie alle weiteren geprüften Hirnfunktionen seien bis auf eine grenzwertige verbale Arbeitsgedächtniskapazität intakt. In Übereinstimmung mit diesen quantitativen Befunden zeigten sich in der Verhaltensbeobachtung Konzentrationsschwierigkeiten sowie eine zunehmende Ermüdung im Untersuchungsverlauf, bei ansonsten ordentlichem Antrieb und zügigem Arbeitstempo. Im Gesprächsverhalten zeige die Versicherte eine erhöhte Beredsamkeit. Gemäss Fragebogen zur affektiven Befindlichkeit würden sich keine Hinweise auf eine affektive Verstimmung ergeben. Die Versicherte sei in einer Tätigkeit, welche rasches und genaues Bearbeiten von visuellen Reizen im Greifraum erfordert, deutlich eingeschränkt. Weiter wirkten sich die reduzierte Umstellfähigkeit und die übermässig rasche Ermüdbarkeit einschränkend aus. Eine angepasste Tätigkeit müsste diesen Faktoren Rechnung tragen, also idealerweise eine zumutbare Routinetätigkeit umfassen ohne grosse visuelle Anforderung und mit Möglichkeit, Pausen einzulegen (S. 4).

**3.3.4** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Elektroencephalographie, Elektro-neuromyographie und Zerebrovaskuläre Sonographie, hielt im Bericht vom 13. Oktober 2017 (act. IIA 307.2/16) fest, die Versicherte habe am 11. September 1999 eine Starkstromverletzung erlitten, mit passageren senso-motorischen Ausfällen brachio-facial rechts und eine Sehstörung, welche bis heute geblieben sei, verbunden mit Müdigkeit und Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Die Sehstörung manifestiere sich derart, dass sie keine Gegenstände mehr fixieren könne, alles bewege sich auf und ab, sie könne auch kaum mehr lesen und Fernseh schauen. Die MRI-Untersuchung des Schädels vom 21. Juli 2017 habe einen normalen Befund ergeben und in einer Nachbearbeitung hätten keine kortikalen Läsionen gefunden werden können. Der auffälligste Befund befände sich in den visuell evozierten Potentialen, indem auch nach mehrfachen Versuchen kein verwertbares kortikales Signal habe abgeleitet werden können. Es müsse somit eine erhebliche Störung bei der visuellen Signalverarbeitung vorliegen, möglicherweise basierend auf der fehlenden Fähigkeit einen Gegenstand konstant zu fixieren (S. 16).

**3.3.5** Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 6. März 2018 (act. IIA 307.1) wurde mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein Funktions- und Belastungsdefizit beider Kniegelenke, rechtsbetont (ICD-10 M17.9), diagnostiziert (S. 45 Ziff. 5.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), ein Status nach Elektrounfall am 11. September 1999 (ICD-10 T75.4), eine leichte Reduktion der Sehschärfe, ein isolierter Wachstumshormonmangel (ICD-10 E23), eine Adipositas per magna (ICD-10 E66), ein Status nach totaler Thyreoidektomie bei euthyreoter Struma (ICD-10 E89.0), eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10), eine Bauchwandhernie (ICD-10 K43.99) sowie ein Status nach obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47.31Z; S. 45 f. Ziff. 5.2).

Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im allgemeininternistischen Teilgutachten aus, es falle eine Adipositas mit einem BMI vom 33.5 kg/m<sup>2</sup> auf. An den Beinen weise die Versicherte ein Lipödem beidseits und im Bereich des Abdomens eine tastbare Lücke der Bauchdecke im mittleren Oberbauch bei sonst unauffälligem Abdomen auf.

Auch der übrige allgemeininternistische Status sei unauffällig ebenso wie die Laboruntersuchungen. Aus allgemeininternistischer Sicht habe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können und es bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 23 Ziff. 3.4). Es gebe keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit jemals längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei (Ziff. 3.5).

Im psychiatrischen Teilgutachten hielt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, seit der letzten psychiatrischen Untersuchung im Jahre 2010 habe sich das psychiatrische Zustandsbild nicht wesentlich verändert. Aktuell läge ein leichtes depressives Zustandsbild vor. Die Versicherte hadere mit dem Schicksal, sei traurig über die verlorenen Lebensmöglichkeiten. Es bestehe auch eine leicht erhöhte Ermüdbarkeit, eine Affektlabilität und mangelnde Zukunftsperspektiven (S. 26 Ziff. 4.1.3). Die gelegentlich auftretenden, leichten depressiven Verstimmungen würden sie im Alltag und im Umgang mit ihren somatischen Beschwerden nicht einschränken. Es bestünden keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht jemals eingeschränkt gewesen sei (Ziff. 4.1.4 und 4.1.5).

Im rheumatologischen Teilgutachten stellte Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, ein Funktions- und Belastungsdefizit beider Kniegelenke bei radiologisch nachgewiesener fortgeschrittener Varusgonarthrose und Femoropatellararthrose beidseits rechtsbetont fest. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung seien beide Kniegelenke reizlos gewesen. Die Beweglichkeit sei rechtsbetont deutlich eingeschränkt (S. 32 Ziff. 4.2.4). Aufgrund der deutlich degenerativen Veränderungen im Bereich der Kniegelenke seien schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht zumutbar. Für leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit, jederzeit Aufstehen und Herumgehen zu können, ohne ausschliessliche Geh- und Stehbelastung, ohne die Notwendigkeit des regelmässigen Treppensteigens, ohne Tätigkeit in kniender oder hockender Haltung und ohne Kälte-, Nässe- und Zuglufteinfluss bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates eine volle Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4.2.5).

Aus dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, geht hervor, es könne aus neurologischer Sicht keine Diagnose gestellt werden, welche die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer ...-tätigkeit relevant in zeitlicher oder leistungsmässiger Hinsicht einschränken würde. Die von ihr beschriebenen hochgradigen Einschränkungen seien wenig plausibel, könnten aufgrund von objektivierbaren Befunden weder erklärt noch bestätigt werden und seien auch unter Berücksichtigung der Verhaltensbeobachtung wenig plausibel (S. 38 Ziff. 4.3.5).

Im ophthalmologischen Teilgutachten hielt Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Ophthalmologie, fest, es bestünden eine Katarakt und eine Benetzungsstörung, die eine geringe Reduktion der Sehschärfe verursacht hätten. Aufgrund einer latenten Schielstellung bestehe kein Stereosehen. Ansonsten zeige sich ein altersentsprechender, intakter ophthalmologischer Befund. Für die von der Versicherten angegebenen Sehstörungen (ständige Wahrnehmung bewegter Bilder) gäbe es kein morphologisches Korrelat, insbesondere zeige sich kein Nystagmus (S. 41 Ziff. 4.4.4). Aus ophthalmologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... entspreche gemäss Arbeitsplatzbeschreibung der Versicherten dem zumutbaren Leistungsprofil und sei ihr demnach vollschichtig zumutbar (Ziff. 4.4.5).

Prof. Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Endokrinologie-Diabetologie, diagnostizierte im endokrinologischen Teilgutachten ein isolierter Wachstumshormonmangel (ICD-10 E23), eine Adipositas per magna (BMI maximal 56.7 kg/m<sup>2</sup>, aktuell 35 kg/m<sup>2</sup>; ICD-10 E66), ein Status nach totaler Thyreoidektomie bei euthyreoter Struma (ICD-10 E89.0), eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) sowie ein Status nach Hysterektomie (ICD-10 Z98.8; S. 43 Ziff. 4.5.3). Aus endokrinologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 44 Ziff. 4.5.5).

**3.3.6** Dr. med. I.\_\_\_\_\_ hielt im Schreiben vom 11. Juni 2018 (act. IIA 312/2) an die Versicherte fest, diese leide nach wie von an den Folgen des am 11. September 1999 erlittenen Stromunfalls. Geblieben seien eine Sehstörung in Form von Oszillopsien, mit bei den visuell evozierten Potentialen schwer pathologischen Befunden sowie neuropsychologische Defizi-

te

(S. 2). Spätschäden nach Elektrotraumen, vor allem nach Starkstromunfällen, seien praktisch die Regel. Die Symptome seien abhängig von der Ein- bzw. Austrittsstelle des Stroms. Bei der Versicherten sei die Eintrittsstelle die rechte Hand. Der Strom sei dann durch den Kopf und durch das linke Bein gegangen. Brandmarken habe sie occipital von ca. Fünfranken-Grösse und spiralförmig am linken Bein aufgewiesen. Sie habe weitere Verbrennungen im Mund gehabt und am linken Bein sei es zu einem Knocheninfarkt gekommen. Die occipitale Brandmarke sei unmittelbar im Bereich der Sehrinde, womit sich die Sehstörung, die Oszillopsien und die gestörte visuelle Signalverarbeitung zwangslos erklären liessen. Assoziiert mit dieser Beeinträchtigung der Sehverarbeitung seien die neuropsychologischen Defizite. Es sei anzunehmen, dass nicht nur die Sehrinde betroffen sei, sondern auch angrenzende Hirnareale, die bei der visuellen Signalverarbeitung eine Rolle spielten (S. 3). Die Restarbeitsfähigkeit liege bei 30-40 %, unter der Voraussetzung einer angepassten Tätigkeit, wie z.B. administrative Arbeiten ohne Bildschirmtätigkeit oder leichte Überwachungsaufgaben, immer mit der Möglichkeit von Erholungspausen (S. 4).

**3.3.7** In der RAD-Stellungnahme vom 18. Juli 2018 (act. IIA 315/3) hielt Dr. med. P. \_\_\_\_\_ fest, die Versicherte habe anlässlich der psychiatrischen Untersuchung im MEDAS vom 10. Januar 2018 altersentsprechend ausgesehen und sei äusserlich gepflegt und im Verhalten freundlich gewesen. Die Stimmung sei "im Grossen und Ganzen" ausgeglichen gewesen. Im Gespräch über ihre Einschränkungen und Beschwerden habe sie kurz geweint. Sie habe sich innert weniger Sekunden auffangen können und gelächelt. Die Psychosomatik sei lebhaft gewesen und der Antrieb nicht vermindert. Der affektive Kontakt sei gut herstellbar gewesen. Dieser dokumentierte Psychostatus spreche gegen das Vorliegen einer leichtgradigen depressiven Episode, wie sie vom psychiatrischen Gutachter diagnostiziert worden sei. Es habe keine anhaltende Depressivität, wie sie nach ICD-10 für die Diagnose gefordert werde, vorgelegen und die Versicherte reagiere zudem in Stimmung und Affekt situativ. Die übrigen attestierten Diagnosen seien gutachterlich gesichert worden. Der Leistungsbeurteilung einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... als auch in einer angepassten anderen Tätigkeit könne unter Zugrundelegung

der dokumentierten Befunde gefolgt werden. Zusammenfassend sei das Gutachten der MEDAS vom 6. März 2018 in Bezug auf die übrigen attestierten Diagnosen und in Bezug auf die abschliessende Leistungsbeurteilung schlüssig, weil plausibel nachvollziehbar anhand objektiver Befunde begründet (S. 4).

**3.4** 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 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). 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).

**3.5** Mit Bezug auf das vorliegend interessierende Beweisthema erfüllt das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 6. März 2018 (act. IIA 307.1) die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4

hiervor). Die Feststellungen der Gutachter beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend, und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Die fachärztliche Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist schlüssig und widerspruchsfrei. Dem polydisziplinären Gutachten kommt damit voller Beweiswert zu und es ist in der Folge darauf abzustellen, zumal seine Schlussfolgerungen auch durch den RAD-Bericht vom 18. Juli 2018 (act. IIA 315/3) im Wesentlichen bestätigt werden. Die von der Beschwerdeführerin dagegen erhobenen Einwände ändern – wie nachfolgend dargelegt – daran nichts.

**3.5.1** Die Kritik der Beschwerdeführerin an der neurologischen Begutachtung basiert auf dem Bericht des Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 11. August 2018 (act. IIA 312/2), in welchem festgehalten wird, Spätschäden von Elektrotraumen, vor allem nach Starkstromunfällen, seien praktisch die Regel und die Symptome seien abhängig von der Ein- bzw. Austrittsstelle des Stroms. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Sehstörungen bzw. Oszillopsien und die gestörte visuelle Signalverarbeitung liessen sich mit der occipitalen und damit unmittelbar im Bereich der Sehrinde gelegenen Brandmarke von der Grösse eines Fünffrankenstücks zwanglos erklären (S. 3; vgl. Beschwerde S. 7 f. Rz. 23).

Indem Dr. med. I. \_\_\_\_\_ offenbar aufgrund der Schilderungen der Beschwerdeführerin (vgl. dazu act. IIA 307.1 S. 39 Ziff. 4.4.1) davon ausgeht, der Stromunfall habe am Hinterkopf im Bereich der Sehrinde zu einer Brandmarke in der Grösse eines Fünffrankenstücks geführt, erweist sich diese Annahme im Lichte der initialen medizinischen Akten als schlicht falsch. Denn mit dem Bericht des Spital Q. \_\_\_\_\_ an das Untersuchungsrichteramt ... vom 8. November 1999 (act. II 5/25) werden unter den erlittenen Verletzungen einzig eine Verbrennung zweiten Grades in der Grösse von 2x1cm an der Innenseite der Unterlippe und ein Bluterguss im Bereich der linken Wade aufgeführt (Ziff. 1). Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, ging denn im Bericht vom 21. Oktober 1999 (act. II

5/28) aufgrund dieser Befunde davon aus, dass der Strom durch den rechten Arm in die rechte Gesichtshälfte und das Gehirn strömte und von dort aus hinunter bis in das linke Bein (S. 29). Auch in der persönlichen Schilderung zum Unfallhergang vom 7. Oktober 1999 (Akten der D. \_\_\_\_\_, [act. III und IIIA] act. III 2/2.2) berichtete die Beschwerdeführerin, sie habe verspürt, dass ihre rechte Gesichtshälfte von der Schläfe bis hin zum Hals einseitig gelähmt gewesen sei und das Sprechen ihr schwer gefallen sei. Die linke Mundschleimhaut sei um das vierfache geschwollen gewesen und habe ferner zwei 20-Rappenstücke grosse blaue Brandwunden aufgewiesen. Beim Aufstehen habe sie das Bein kaum belasten können und einen dunkelblauen Brandstreifen (Stromaustritt) habe ihre Wade durchzogen (S. 2). Eine Brandwunde am Kopf erwähnte sie nicht. Im Bericht des Untersuchungsrichteramtes ... vom 26. November 1999 (act. IIIA 6/4) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe Verbrennungen zweiten Grades an der Innenseite der Unterlippe sowie einen Bluterguss im Bereich der Wade erlitten. Es sei davon auszugehen, sie habe sich im Zusammenhang mit dem Stromschlag keine schwere Körperverletzung im Sinne des Art. 122 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB; SR 311.0) zugezogen (S. 4). Eine Brandwunde am Kopf wurde nicht erwähnt. Dr. med. I. \_\_\_\_\_ stellte damit bei seiner Beurteilung und Kritik auf unzutreffende Annahmen ab, weshalb sein Bericht nicht geeignet ist, um ein pathologisches Korrelat für die von der Beschwerdeführerin geklagten Oszillipsien zu objektivieren bzw. Zweifel an der neurologischen Beurteilung des Gutachters der MEDAS aufkommen zu lassen (act. IIA 307.1), wonach aufgrund der bis anhin erfolgten multiplen neurologischen, neuroophthalmologischen und MRI-bildgebenden Untersuchungen kein fassbares Korrelat festgestellt werden konnte und die von der Beschwerdeführerin beschriebenen hochgradigen Einschränkungen wenig plausibel seien und aufgrund von objektivierbaren Befunden weder erklärt noch bestätigt werden könnten (S. 37 f. Ziff. 4.3.4). Der Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ erweist sich damit als nicht beweiskräftig, womit auch die darauf aufbauende Kritik nicht weiter zu hören ist.

Fehlt es an einem objektivierbaren pathologischen Korrelat, lassen sich die im Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 5. September 2017 (act. IIA 287/2) festgestellten neuropsychologischen Befunde (S. 3 f.) nicht mit einer ge-

sundheitlichen Schädigung erklären, wie der Gutachter der MEDAS Dr. med. M.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar begründet (act. IIA 307.1 S. 38 Ziff. 4.3.4). Mit der vom Spital H.\_\_\_\_\_ als für eine Sehstörung beweisend getroffenen Feststellung betreffend Graphomotorik (act. IIA 287/2 S. 4), korrelieren die Feststellungen des neurologischen Gutachters (act. IIA 307.1 S. 36 f. Ziff. 4.3.4). Allerdings erblickte Dr. med. M.\_\_\_\_\_ in den von der Beschwerdeführerin erbrachten Testleistungen aufgrund einer allgemeinen Verhaltensbeobachtung und insbesondere einer ausserhalb der klinischen Untersuchung im engeren Sinne gemachten graphomotorischen Feststellungen, wonach die Beschwerdeführerin in der Lage war, ein Ermächtigungsformular mit normalem Tempo und Schriftbild zu unterzeichnen, in nachvollziehbarer Weise eine Demonstration von nicht-authentischen Befunden (S. 37 Ziff. 4.3.4). Diese Annahme wird gestützt durch die Beurteilung des ophthalmologischen Gutachters, welcher anlässlich der Gesichtsfeldprüfung deutliche Hinweise für eine Aggravation feststellte und mit nachvollziehbarer Begründung davon ausging, die Beschwerdeführerin habe bei der Ableitung des Muster-VEPs nicht fixiert, womit eine schwere Funktionsstörung vorgetäuscht werden könne (S. 41 Ziff. 4.4.4). Indem es für die von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ am 13. Oktober 2017 (act. IIA 307.2/16) getroffene Annahme, die Beschwerdeführerin könne keine Gegenstände mehr fixieren, weder ein neurologisch noch ein ophthalmologisch nachweisbares Korrelat gibt, erweisen sich auch die von ihm als auffälligste Befunde genannten VEPs als nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, womit seine Einschätzung auch in dieser Hinsicht nicht beweiskräftig ist (S. 16).

Mangels neurologisch, neuroophthalmologisch oder neuroradiologisch ausgewiesenen pathologischen Befunden und aufgrund der Verhaltensbeobachtungen während der Untersuchung hat die MEDAS schliesslich entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 8 Rz. 25) aus nachvollziehbaren Gründen auf die Veranlassung einer neuropsychologischen Begutachtung verzichtet.

Was schliesslich die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Ablehnungsgründe, insbesondere gegen Dr. med. M.\_\_\_\_\_, anbelangt (Beschwerde S. 6 Rz. 18), ist festzuhalten, dass sie solche mit einer gegen

die Verfügung vom 28. Juni 2017 (act. IIA 274) gerichteten Beschwerde hätte geltend machen können. Soweit sie unter Hinweis (Beschwerde S. 7 Rz. 21) auf ein von einer Freundin erstelltes Abhörprotokoll (act. IIA 304/3) dem neurologischen Gutachter Dr. med. M. \_\_\_\_\_ eine negative Vorbefassung unterstellt, ist festzustellen, dass das offenkundige Misstrauen, welches die Beschwerdeführerin ihm gegenüber bereits vorgängig der Begutachtung entgegenbrachte (act. IIA 270), wofür auch die Sicherstellung des Abhör szenarios zeugt, auch im Gutachten hinreichend dokumentiert wird (act. IIA 307.1 S. 35 ff. Ziff. 4.3.2 und Ziff. 4.3.4). Weiter kann die medizinischen Fakten betreffend dem Abhörprotokoll nichts entnommen werden, was der Gutachter bei seiner Beurteilung ungewürdigt gelassen hätte. Der Gutachter berücksichtigt in den Beurteilungen denn auch die medizinischen Vorakten und lässt sich nachvollziehbar mit diesen in Übereinstimmung bringen, soweit er – wie in Erwägung 3.3.6 hiavor dargelegt – von diesen nicht mit entsprechender Begründung abweicht. Die Rüge erweist sich damit als unbegründet.

**3.5.2** Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung erwähnte die Beschwerdeführerin, zahlreiche Kontakte mit Kollegen und Freunden, von denen sie unterstützt werde, zu pflegen. Gelegentlich lade sie Freunde und Bekannte auch ein, könne aber nicht mehr so aufwendige Mahlzeiten zubereiten wie früher. Zudem besuche sie zweimal pro Woche einen Gottesdienst (act. IIA 307.1 S. 25 Ziff. 4.1.1.2). Wenn die Beschwerdeführerin dies beschwerdeweise in Abrede stellt (Beschwerde S. 13 Rz. 46) und daraus unausgesprochen eine Minderung der Beweiskraft des Gutachtens postuliert, ist dies im Lichte der eigenen Ausführungen unbehelflich. Dass der psychiatrische Gutachter zudem mit Bezug auf das Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Untersuchung nicht auf eine Aggravation schloss (act. IIA 307.1 S. 27 Ziff. 4.1.10.1), ändert nichts am Umstand, dass die Beschwerdeführerin hinsichtlich der von ihr als Hauptleiden beklagten Sehstörung sowohl anlässlich der ophthalmologischen als auch der neurologischen Untersuchung ein Verhalten zeigte, welches auf Verdeutlichungstendenz und Aggravation schliessen lässt (S. 36 f. Ziff. 4.3.4 und S. 41 Ziff. 4.4.4). Nichts anderes ist aufgrund der unzutreffend und in appellatorischer Übertreibung geschilderten Unfallverletzungen, wonach der Stromunfall zu einer Brandmarke in der Grösse ei-

nes Fünffrankenstücks am Hinterkopf (S. 39 Ziff. 4.4.1) und einer Verbrennung der Schilddrüse (S. 24 Ziff. 4.1.1.2) geführt habe, zu schliessen.

**3.5.3** Die Beschwerdeführerin bringt in der Beschwerde (S. 13 Rz. 49) vor, es sei nicht verständlich, weshalb die Ableitung der Muster-VEPs nicht wiederholt wurde. Wie unter Erwägung 3.5.1 ausführlich dargelegt wurde, hatte der Ophthalmologe Dr. med. N.\_\_\_\_\_ aufgrund des Gesichtsfeldtests hinreichenden Anlass zur Annahme, die Beschwerdeführerin aggraviere (act. IIA 307.1). Unter diesen Umständen hat er mit nachvollziehbarer Begründung auf eine weitere Ableitung des Muster-VEPs verzichtet und von einer solchen sind unter den gegebenen Umständen auch im vorliegenden Verfahren keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; S. 41 Ziff. 4.4.4).

**3.5.4** Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 14 Rz. 53) wird aus rheumatologischer Sicht im Gutachten vom 6. März 2018 (act. IIA 307.1) ein hinreichend definiertes Zumutbarkeitsprofil umschrieben (S. 32 Ziff. 4.2.5). Zudem hat das Zumutbarkeitsprofil nicht auf einen konkreten Arbeitsplatz Bezug zu nehmen, sondern ist mit Blick darauf, dass über die Verwertbarkeit der medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht vom Arzt, sondern von der Verwaltung zu befinden ist, allgemein zu umschreiben. Dass das vom Gutachter umschriebene Zumutbarkeitsprofil, welches auch für die angestammte Tätigkeit Gültigkeit hat, mit Bezug auf die von der Beschwerdegegnerin angenommene Verwertbarkeit in einer Tätigkeit in der Administration nicht Gültigkeit haben sollte, wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht.

**3.5.5** Die Kritik am endokrinologischen Teilgutachten, wonach die Ausführungen von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ nicht plausibel seien (Beschwerde S. 15

Rz. 57), geht fehl, ist doch vorliegend einzig der Gesundheitszustand ab Neuanmeldung vom 25. Februar 2014 (act. IIA 178) massgebend. Aufgrund des massiven Gewichtverlusts wegen der Magen-Bypass-Operation und der unauffälligen Laborbefunde (act. IIA 307.1 S. 44 Ziff. 4.5.4) erweist sich die Beurteilung als nachvollziehbar begründet. Soweit die Beschwerdeführerin die Folgen des früheren massiven Übergewichts auf die Kniege-

lenke aus endokrinologischer Sicht beurteilt haben will, kann ihr nicht gefolgt werden, hätte doch der Gutachter damit eine ausserhalb seines Fachgebiets liegende Beurteilung abgegeben.

**3.5.6** Zusammenfassend erweist sich das Gutachten der MEDAS als voll beweiskräftig und die Schlussfolgerungen (act. IIA 307.1 S. 47 Ziff. 6.9) werden schlüssig begründet. Somit ist darauf abzustellen.

**3.6** Nachfolgend ist zu prüfen, ob sich bei Vergleich der beiden Gutachten der MEDAS vom 22. November 2010 (act. II 82/2) und 6. März 2018 (act. IIA 307.1) mit Blick auf den Rentenanspruch in gesundheitlicher Hinsicht bzw. bezüglich des funktionellen Leistungsvermögens eine wesentliche Veränderung ergeben hat.

In Bezug auf den internistischen/allgemeinmedizinischen Status ist im Gutachten vom 22. November 2010 (act. II 82/2) festgehalten, die Beschwerdeführerin befinde sich in einem unauffälligen Allgemeinzustand. Ausser der vorliegenden Adipositas weise sie keine Auffälligkeiten auf (S. 17 Ziff. 3.3). Im Gutachten vom 6. März 2018 (act. IIA 307.1) wurde aus allgemeininternistischer Sicht eine Bauchwandhernie (ICD-10 K43.99) und ein Status nach obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47.31Z) diagnostiziert (S. 23 Ziff. 3.3). Im Bereich des Abdomens sei ausserdem eine tastbare Lücke der Bauchdecke im mittleren Oberbauch festgestellt worden. Neben der Adipositas seien der allgemeininternistische Status sowie die Laboruntersuchungen unauffällig. Eine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden (Ziff. 3.4).

Gemäss dem Gutachten vom 6. März 2018 (act. IIA 307.1) habe sich das psychiatrische Zustandsbild seit der letzten psychiatrischen Untersuchung im Jahre 2010 nicht wesentlich verändert (S. 26 Ziff. 4.1.3). Weder im Gutachten vom 22. November 2010 noch in demjenigen vom 6. März 2018 konnte aus psychiatrischer Sicht eine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (act. II 82/2 S. 20 Ziff. 4.1.3; act. IIA 307.1 S. 26 Ziff. 4.1.4).

Ebenso wird in beiden Gutachten in neurologischer Hinsicht in der angestammten Tätigkeit eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit beschrieben (act. II 82/2 S. 27 Ziff. 4.2.5 und act. IIA 307.1 S. 38 Ziff. 4.3.5). Der neurologische

Gutachter hielt 2010 fest, dass die in den medizinischen Akten beschriebene Zunahme der Sehstörungen aus neuroophthalmologischer Sicht nicht bestätigt werden könnten (act. II 82/2 S. 27 Ziff. 4.2.7). Dr. med. N. \_\_\_\_\_ führte im Gutachten vom 6. März 2018 (act. IIA 307.1) aus, es bestünde eine Katarakt und eine Benetzungsstörung, die eine geringe Reduktion der Sehschärfe verursacht hätten. Aufgrund einer latenten Schielstellung bestehe kein Stereosehen. Sonst zeige sich ein altersentsprechender, intakter ophthalmologischer Befund. Für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Sehstörungen (ständige Wahrnehmung bewegter Bilder) bestehe kein morphologisches Korrelat, insbesondere zeige sich kein Nystagmus. In den Voruntersuchungen sei ein pathologisches Muster-VEP gefunden worden. Es sei bekannt, dass die Ableitung eines Muster-VEPs nur dann sinnvoll sei, wenn der Explorand die Fixation aufnehme. Wenn bewusst nicht fixiert würde, könne so eine schwere Funktionsstörung vorgetäuscht werden. Bei der Gesichtsfeldprüfung hätten sich deutliche Hinweise auf Aggravation gezeigt, da die Beschwerdeführerin die Aussengrenzen für die (später geprüfte) grössere Prüfmarke enger angab, als die Aussengrenze für die (zuerst geprüfte) kleinere Prüfmarke (S. 41 Ziff. 4.4.4). Aus ophthalmologischer Sicht bestehe keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4.4.5).

Aus orthopädischer Sicht wurde im Gutachten vom 22. November 2010 (act. II 82/2) festgestellt, es bestehe beidseits eine beginnende Gonarthrose, die naturgemäss die Belastbarkeit der Kniegelenke vermindern könne. Erschwerend wirke sich hierbei aber vor allem die ausgeprägte Adipositas der Beschwerdeführerin aus, die intrinsisch zu einer chronischen Überlastung sämtlicher Strukturen an der unteren Körperhälfte führe, was das Auftreten von Schmerzen begünstige (S. 32 Ziff. 32 Ziff. 4.3.4). Für körperlich leichte Tätigkeiten, bei der Hebe- und Traglimite von 10 kg nicht überschritten werden und keine belasteten Zwangshaltungen der Knie vorkommen würden, bestünde eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4.3.5). Im Gutachten vom 6. März 2018 (act. IIA 307.1) wurde im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung eine Funktions- und Belastungsstörung bei nachgewiesener fortgeschrittener Varusgonarthrose und Femoropatellararthrose beidseits rechtsbetont festgestellt. Beide Kniegelenke seien reizlos und die Beweglichkeit rechtsbetont deutlich

eingeschränkt (S. 32 Ziff. 4.2.4). Aufgrund der deutlichen degenerativen Veränderung im Bereich der Kniegelenke seien der Beschwerdeführerin schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht zumutbar. Für leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit jederzeit aufstehen und herumgehen zu können, ohne ausschliessliche Geh- und Stehbelastung, ohne Notwendigkeit des regelmässigen Treppensteigens, ohne Tätigkeiten in kniender oder hockender Haltung und ohne Kälte-, Nässe- und Zugluft Einfluss bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates eine volle Arbeitsfähigkeit. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... entspräche dem zumutbaren Leistungsprofil und sei ihr demnach vollschichtig zumutbar (Ziff. 4.2.5). Soweit die rheumatologisch-orthopädischen Befunde betreffend, haben sich zwar die Verhältnisse an den Knien insoweit verschlechtert, als sich die im Jahr 2010 noch beginnende Gonarthrose nunmehr in einem fortgeschrittenen Stadium befindet. Dass das daraus abgeleitete Zumutbarkeitsprofil im Jahr 2018 im Vergleich zu dem im Jahr 2010 nicht wesentlich abweicht, wird mit der seither erfolgten Gewichtsreduktion von 45 kg hinreichend erklärt.

Zusammenfassend ist damit eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes, welche sich auf den Rentenanspruch auszuwirken vermöchte, nicht ausgewiesen und insoweit liegt kein Revisionsgrund vor, womit es an sich sein Bewenden haben muss.

**3.7** Selbst wenn von einem Revisionsgrund ausgegangen würde, führte die Indikatorenprüfung – wie nachfolgend dargelegt – zur Abweisung der Beschwerde.

**3.7.1** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung

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

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktionaler Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der

Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**3.7.2** Gemäss psychiatrischem Teilgutachten (act. IIA 307.1 S. 26 Ziff. 4.1.4) zeitigt die depressive Stimmungslage keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, womit bereits deshalb mangels relevanter psychiatrischer Einschränkung vorliegend auf eine Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 – der gemäss BGE 143 V 418 grundsätzlich sämtliche psychische Erkrankungen zu unterziehen sind – verzichtet werden (BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417) kann, worauf die Beschwerdegegnerin (Beschwerdeantwort S. 3 Rz. 6) zutreffend hinweist. Zudem bestehen klare Hinweise auf eine Aggravation und ein bewusstes Verdeutlichungsverhalten. So hielt Dr. med. M.\_\_\_\_\_ im polydisziplinären Gutachten vom 6. März 2018 (act. IIA 307.1) fest, dass bei der klinisch-neurologischen Untersuchung im visuellen System keine offensichtliche okulomotorische Störung erkennbar gewesen ist. Die Beurteilung war jedoch durch das häufige Zusammenkneifen der Augen erschwert gewesen. Die Beschwerdeführerin zeigte im Weiteren erhebliche Verhaltensauffälligkeiten, so zum Beispiel im graphomotorischen Bereich, indem sie eine grotesk gezogene Spirale zeichnete. Zudem war es ihr zunächst nur möglich gewesen, mit sehr grosser Schrift zu schreiben, während sie bei der Unterzeichnung eines Dokumentes (inklusive Ort und Datum) ein normales Schriftbild mit normalem Schreibtempo zeigte. Im Weiteren wies die Beschwerdeführerin eine erhebliche Gangunsicherheit mit einem Schwanken im Romberg-Test auf, was sich jedoch bei Ablenkung prompt normalisierte. Zudem zeigte sie einen breitbasigen unsicheren Gang während der fokussierten Untersuchung. Nach dem Verlassen des Untersuchungszimmers war jedoch ein zügiges, völlig normales Gangbild zu beobachten gewesen. Im Weiteren erfolgte zur Beurteilung der Feinmotorik ein Nine-Hole-Peg-Test. Hierbei wies sie ein äusserst stark verlangsamtes Arbeitstempo auf. Sie musste die Löcher der Stifte abtasten, wie dies eine blinde Person tun würde. Dahingegen konnte sie jedoch die Stäbe ohne grossen Suchaufwand aus der Box nehmen. Auffällig war im Weiteren, dass die Beschwerdeführerin zwischen den beiden Testdurchgängen auf einer Seite einen Übungseffekt zeigte, währenddem dies auf der anderen Seite nicht der Fall war. Dr. med. M.\_\_\_\_\_ ging damit zu Recht von einer Demonstration von nicht-authentischen Befunden in mehreren

Bereichen aus (S. 37 Ziff. 4.3.4). Der ophthalmologische Teilgutachter Dr. med. N.\_\_\_\_\_ hielt fest, dass in den Voruntersuchungen ein pathologisches Muster-VEP gefunden wurde. Die Ableitung eines Muster-VEPs ist nur dann sinnvoll, wenn der Explorand die Fixation aufnimmt. Wird bewusst nicht fixiert, könnte so eine schwere Funktionsstörung vorgetäuscht werden. Bei der Gesichtsfeldprüfung zeigten sich deutliche Hinweise auf Aggravation, da die Beschwerdeführerin die Aussengrenze für die (später geprüfte) grössere Prüfmarke (V/4) enger angab, als die Aussengrenze für die (zuerst geprüfte) kleinere Prüfmarke (II/4; S. 41 Ziff. 4.4.4). In der psychiatrischen Untersuchung vom 10. Januar 2018 durch Dr. med. K.\_\_\_\_\_ äusserte sich die Beschwerdeführerin dahingehend, bei dem Unfall seien ein Teil des Halses und auch der grösste Teil der Schilddrüse verbrannt. Anschliessend hätten sich Narben eingestellt, die Schilddrüse habe entfernt werden müssen (S. 24 Ziff. 4.1.1.2). Dass dies nicht zutrifft wurde in Erwägung 3.5.1 hiervor bereits erläutert und lässt somit auf ein bewusstes Verdeutlichungsverhalten mit Tendenz zur Aggravation schliessen. Ob jedoch ein Ausschlussgrund vorliegt, kann aufgrund des Ergebnisses der Indikatorenprüfung an dieser Stelle offen bleiben.

**3.7.3** Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie funktioneller Schweregrad (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

**3.7.4** Mit Bezug auf den Komplex Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

**3.7.5** Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Aus dem polydisziplinären Gutachten vom 6. März 2018 (act. IIA 307.1) geht hervor, dass bei der psychiatrischen Untersuchung eine leichte depressive Episode diagnostiziert (ICD-10 F32.0) wurde (S. 26 Ziff. 4.1.4). Die Beschwerdeführerin hadert mit dem Schicksal, ist traurig über verlorene Lebensmöglichkeiten und es besteht eine leicht erhöhte Ermüdbarkeit, eine Affektlabilität und mangelnde Zukunftsperspektiven. Diese gelegentlich auftretenden, leichten depressiven Verstimmungen schränken die Be-

schwerdeführerin im Alltag und im Umgang mit ihren somatischen Beschwerden jedoch nicht ein (Ziff. 4.1.3).

**3.7.6** Sodann ist auf Verlauf und Ausgang von Therapien (und damit auf Behandlungserfolg bzw. -resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Dem polydisziplinären Gutachten vom 6. März 2018 (act. IIA 307.1) kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin in Behandlung bei Dr. med. S.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, steht. Ein Besuch findet alle 14 Tage statt (S. 27 Ziff. 4.1.7). Aus gutachterlicher Sicht wird diese ambulante Psychotherapie als hilfreich im Umgang mit den geklagten Einschränkungen bezeichnet und es wird empfohlen, diese weiterzuführen (Ziff. 4.1.8). Weitere Therapieoptionen bestehen nicht (S. 28 Ziff. 4.1.10.3).

**3.7.7** Hinsichtlich des Indikators der Komorbiditäten ist zu beachten, dass die bisherigen Kriterien der „psychiatrischen Komorbidität“ und „körperlichen Begleiterkrankung“ zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst wurden. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Im polydisziplinären Gutachten vom 6. März 2018 (act. IIA 307.1) wird diesbezüglich festgehalten, dass eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), ein Status nach Elektrounfall (ICD-10 T75.4), eine leichte Reduktion der Sehschärfe, ein isolierter Wachstumshormonmangel (ICD-10 E23), eine Adipositas per magna (ICD-10 E66), ein Status nach totaler Thyreoidektomie bei euthyreoter Struma (ICD-10 E89.0), eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10), eine Bauchwandhernie (ICD-10 K43.99) sowie ein Status nach Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47.31Z) vorliegen. Diese Diagnosen haben jedoch allesamt keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (S. 44 Ziff. 5.2). Damit ist weder von einer körperlich noch psychisch relevanten Begleiterkrankung auszugehen.

**3.7.8** Im Komplex Persönlichkeit ist anzumerken, dass im polydisziplinären Gutachten vom 6. März 2018 (act. IIA 307.1) eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) festgestellt wurde (S. 26 Ziff. 4.1.4). Diese ist auf den Verlust diverser Lebensmöglichkeiten zurückzuführen. So hat die

Beschwerdeführerin ihre Arbeitsstelle verloren, fährt nicht mehr Auto und die wirtschaftliche Situation ist angespannt. Sie kann nach eigener Einschätzung nicht mehr lesen und nur kurze Zeit Fernseh schauen. Ebenso fühlt sie sich nicht mehr in der Lage, längere Reisen zu unternehmen und grössere Einladungen durchzuführen. Alle diese Einschränkungen und Verluste belasten sie und führen zu einer leichten depressiven Entwicklung (Ziff. 4.1.3). Aus rechtlicher Sicht handelt es sich bei den geklagten Einschränkungen um psychosoziale und soziokulturelle Faktoren, welche durch soziale bzw. äussere Umstände verursacht werden, bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden und somit nicht zur Invalidenrente berechnen (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2).

**3.7.9** Der Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch weiterhin Ressourcen bereit. Von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens kann sodann auch keine Rede sein, gilt es doch zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin sich tagsüber um den Haushalt kümmert und diesen bis auf schwere Gartenarbeiten weitgehend selbständig erledigen kann. Dreimal am Tag macht sie einen kurzen Spaziergang mit ihrem Hund und tätigt die Einkäufe zu Fuss. Einmal im Monat geht sie nach ... und badet dort im warmen Wasser. Zwei mal pro Woche besucht sie einen Gottesdienst und ladet gelegentlich Freunde und Bekannte ein (S. 24 f. Ziff. 4.1.1.2).

**3.7.10** Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien. Als inkonsistent erweist sich insbesondere der unter Erwägung 3.7.9 hiervoor dargestellte Tagesablauf. Die Beschwerdeführerin steht zwischen 7.00 Uhr und 9.00 Uhr auf und geht zwischen 22.00 Uhr und 23.00 Uhr ins Bett. Obwohl dies gemäss ihrer Aussage nur noch beschränkt möglich ist, liest sie gerne und hat Freude an Aufenthalt in der Natur (act. IIA 307.1 S. 25 Ziff. 4.1.1.2). Hingegen fühlt sie sich aufgrund ihrer Sehprobleme nicht in der Lage, länger als zehn Minuten am PC zu sitzen und einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (S. 30 Ziff. 4.2.1). Dieser strukturierte und abwechslungsreiche Tagesablauf sowie die Tatsache, dass sie den Haushalt vollständig alleine erledigen kann, stehen nicht im Einklang mit einer er-

werblich relevanten Arbeitsunfähigkeit. Auffällig ist insbesondere, dass die Beschwerdeführerin angibt, gerne zu lesen, obwohl sie sich aufgrund von Sehstörungen nicht in der Lage fühlt, am PC zu arbeiten. Ebenso erweist sich das in Erwägung 3.7.2 erwähnte Verhalten während den Begutachtungen bei den Dres. med. M.\_\_\_\_\_ (S. 37 Ziff. 4.3.4) und N.\_\_\_\_\_ als inkonsistent (S. 41 Ziff. 4.4.4).

**3.8** Zusammenfassend ist nach einer Würdigung sämtlicher Umstände nicht von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen. Damit erübrigen sich eine Berechnung des Invaliditätsgrades und die Prüfung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Die angefochtene Verfügung vom 16. Oktober 2018 (act. IIA 321) erweist sich im Ergebnis als korrekt und die dagegen erhobene Beschwerde 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 Invalidenleistungen 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 gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 des Gesetzes vom 7. Juli 1918 über die Zivilprozessordnung (ZPO; BSG 271.1) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

**4.2** Für die obsiegende Beschwerdegegnerin besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

**4.3** Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem

gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die Kostennote vom 22. Februar 2019, in welcher Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ einen Aufwand von 11.9 Stunden und eine Auslagenpauschale von Fr. 100.-- geltend macht, ist nicht zu beanstanden. Entsprechend ist das amtliche Honorar auf Fr. 2'380.-- (11.9 x Fr. 200.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 100.--, somit auf insgesamt Fr. 2'480.-- festzusetzen und Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ aus der Gerichtskasse zu vergüten. Die Beschwerdeführerin hat dem Kanton Bern diese Kosten nach den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO – d.h. sobald sie innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist – nachzubezahlen (Art. 113 VRPG).

### **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. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'480.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Dieser Betrag wird Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils als Honorar für das amtliche Mandat aus der Gerichtskasse vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
5. Zu eröffnen (R):
- B.\_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern (ad. ...)

Mitteilung an (R):

- D.\_\_\_\_\_ Versicherung AG (nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils mit den eingereichten Akten)

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.

