

200 19 400 IV
LOU/IMD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. April 2020

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 10. April 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Oktober 2013 unter Hinweis auf eine im Dezember 2012 erlittene HWS-Distorsion erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 3). Nach erwerblichen sowie medizinischen Abklärungen und Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 27 f.) verneinte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit Verfügung vom 20. Januar 2015 (AB 34) einen Leistungsanspruch mit der Begründung, es liege kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung vor. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 35) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit unangefochten gebliebenem Urteil vom 13. Dezember 2016 (IV/15/175 [AB 46]) ab.

Im Dezember 2017 meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an, wobei sie auf gesundheitliche Probleme an Rücken und Knie sowie auf eine schwere Allergie verwies (AB 58). Die IVB legte die der Neuanmeldung beigelegten medizinischen Berichte (AB 61) dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vor (AB 64). Gestützt auf den Bericht der RAD-Ärztin med. pract. B. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 19. Januar 2018 (AB 65) stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 24. Januar 2018 (AB 66) das Nichteintreten auf die Neuanmeldung in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 67, 76) beauftragte die IVB die MEDAS, C. _____ (MEDAS), mit einer polydisziplinären Begutachtung der Versicherten (Gutachten vom 28. November 2018 [AB 104.2]). Mit Verfügung vom 10. April 2019 (AB 114) wies die IVB das Leistungsbegehren nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 107, 109, 111) ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 22. Mai 2019 Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei

durch die Beschwerdegegnerin ab dem 22. Dezember 2017 eine Invalidenrente auszurichten.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2019 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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 10. April 2019 (AB 114). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung (Beschwerde S. 1 Rechtsbegehren Ziff. 2).

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

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

2.

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

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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 145 V 215 E. 5.1 S. 221). 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 ar-

beiten. 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).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

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

2.6 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs 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, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, 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). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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).

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).

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 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

3.

3.1 Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom Dezember 2017 (AB 58) eingetreten ist und den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 10. April 2019 (AB 114) materiell geprüft hat. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 20. Januar 2015 (AB 34) und der Verfügung vom 10. April 2019 (AB 114) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen. Erst wenn dies zu bejahen ist, ist der Rentenanspruch frei zu prüfen (vgl. E. 2.6 hiavor).

3.2 In VGE IV/15/175 erwog das Verwaltungsgericht, dass die Beschwerdeführerin bis zum Erlass der Verfügung vom 20. Januar 2015 (AB 34) nie aus objektivierbaren somatischen Gründen längerdauernd in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei (E. 3.2). In psychischer Hinsicht sprach das Verwaltungsgericht dem Gutachten des Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Oktober 2014 (AB 26.1) vollen Beweiswert zu (E. 3.4). Dieser diagnostizierte eine

chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), mass dieser jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (AB 26.1 S. 8 Ziff. 6.2). Er kam zum Schluss, es bestünden keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht jemals eingeschränkt gewesen sei.

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 10. April 2019 (AB 114) basierte in medizinischer Hinsicht auf dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS vom 28. November 2018 (AB 104.2). Darin diagnostizierten die Gutachter das Folgende (S. 5 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- chronisch spontane Urticaria (ICD-10: L50.8)
- beginnende Gonarthrose beidseits

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.22) und Dysthymie (ICD-10: F34.1)
- Synkopen unklarer Genese
- Gastritis
- chronische Urticaria und rezidivierende Angioödeme
- Medikamentenunverträglichkeit (NSAR, Analgetika, Antidepressiva)
- Zustand nach Operation des Meniskus und der Patella rechts
- Zustand nach Hysterektomie
- Analgetika-Fehlgebrauch, möglicher analgetikainduzierter Kopfschmerz.

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (S. 3 ff.) hielten die Gutachter fest, anamnestisch beklage die Explorandin topisch weit ausgedehnte, intensive Schmerzen, eine psychische Beeinträchtigung und kutane Beschwerden. Aktenkundig sei zuletzt vorrangig eine psychische Beeinträchtigung als eine Arbeitsunfähigkeit tragend angesehen worden. Die erhobenen objektiven Befunde hätten deutliche Inkonsistenzen ergeben: Eine gravierende Schmerzbeeinträchtigung und konsistente limitierte Beweglichkeit seien nicht zu erkennen gewesen. Auffällige kutane Befunde hätten nicht vorgelegen. Eine erhebliche psychiatrische Störung sei ebenfalls nicht zu erheben gewesen. Die beginnende Gonarthrose bedinge allenfalls die Empfehlung, körperlich schwere Arbeiten und Tätigkeiten mit ständigem Gehen und Stehen zu vermeiden. Die berichtete Hautsymptomatik rechtfertige die Empfehlung, stark hautbelastende Arbeiten zu vermeiden. Die genannten Einschränkungen tangierten jedoch die letzte Tätigkeit (...) nicht.

Diese sei als gut geeignet anzusehen. Die objektiven Befunde seien mit erhaltenen Ressourcen für eine Arbeitstätigkeit gut vereinbar. Die aktenkundig vorangehend attestierte höhergradige Depressivität lasse sich anhand des erhobenen Befunds nach ADMP nicht – zumindest nicht mehr – bestätigen. Die Laborspiegelbestimmungen hätten keine nachweisbaren Pharmaka-Wirkspiegel ergeben, was die Plausibilität der reklamierten Beschwerden zumindest hinsichtlich deren Ausprägung weiter belaste. Die aktenkundige Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung lasse sich bei Prüfung der Kriterien nach ICD-10 nicht bestätigen, da ein adäquates Trauma (definiert als lebensbedrohliches, schwerwiegendes Ereignis, das geeignet ist, nahezu jeden Menschen in eine tiefe Verzweiflung zu stürzen) nicht herauszuarbeiten sei und zudem die Achsenkriterien (z.B. Intrusionen, Numbness) fehlten und sich die ansonsten reklamierte Symptomatik mit einer affektiven Störung überschneide. Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe aus Sicht aller Fachrichtungen eine vollständige Arbeitsfähigkeit.

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).

3.5 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. Werden bei deren Anordnung Beteiligungsrechte der versicherten Person (vgl. insbesondere BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258, 139 V 349 E. 5.4 S. 357) verletzt, so machen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Expertise eine neue Begutachtung erforderlich (BGE 139 V 99 E. 2.3.2 S. 103, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.6 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 28. November 2018 (AB 104.2) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt vollen Beweis. Die Experten haben sich in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen auch gestützt auf eigene Untersuchungen in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie sowie bildgebende Untersuchungen und Laborbefunde (vgl. AB 104.4) getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nachvollziehbar begründet. Die beschwerdeweise vorgebrachte Kritik an der Expertise verfährt nicht, zumal die Beschwerde zum überwiegenden Teil aus der wörtlichen Wiedergabe von Arztberichten besteht, welche den Gutachtern vorgelegen und mit welchen sie sich im Rahmen ihrer Ausführungen auseinandergesetzt haben.

3.6.1 Die Beschwerdeführerin rügt zunächst, die psychiatrische Untersuchung habe lediglich 20 Minuten gedauert (Beschwerde S. 5), was in starkem Widerspruch steht zur diesbezüglichen Aussage im Gutachten, in welchem eine eineinhalbstündige Untersuchung festgehalten wurde (11:30 – 13:00 Uhr [AB 104.2 S. 194]). Angesichts der ausführlichen Anamne-

seerhebung (AB 104.2 S. 216 ff.) ist der Vorwurf der Beschwerdeführerin nicht erstellt. Wie es sich damit verhält, kann schlussendlich jedoch offen bleiben, da es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Wie hoch dieser im Einzelfall zu veranschlagen ist, unterliegt letztlich aber der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten (SVR 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3, 2016 IV Nr. 35 S. 110 E. 3.2.2). Die psychiatrische Untersuchung war hier jedenfalls sicher von ausreichender Dauer.

Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin überzeugen die Schlussfolgerungen des psychiatrischen Teilgutachters. Er diagnostizierte zwar eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.22) und eine Dysthymie (ICD-10: F34.1), konnte jedoch gestützt auf den erhobenen psychiatrischen Befund lediglich eine allenfalls leichtgradige Beeinträchtigung objektivieren. Insbesondere seien Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit nicht höhergradig gestört. Eine depressive Episode sei somit ICD-10-konform – wie bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. D. _____ (vgl. dazu AB 26.1 S. 10) – aktuell nicht zu attestieren. Der Gutachter nahm umfassend Stellung zu den medizinischen Vorakten, insbesondere zu den Berichten der behandelnden Dr. med. E. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (AB 76 S. 42 ff.), und legte überzeugend dar, weshalb die von ihr über die Jahre festgehaltenen Diagnosen einer ängstlichen Persönlichkeit, posttraumatische Belastungsstörung, generalisierte Angststörung und rezidivierende depressive Störung nicht zu bestätigen seien. Er hielt eine deutliche Inkonsistenz zwischen der Beschwerdeschilderung und den objektivierbaren Befunden, ausweislich des AMPD-konform erhobenen psychiatrischen Befunds fest. Der fehlende Nachweis der nach eigenen Angaben eingenommenen Medikation in der durchgeführten Laboruntersuchung belaste die Plausibilität des Beschwerdevortrages weiter. Eine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit Belastungsaufbau und Expositionstraining bezüglich des Vermeidungsverhaltens sei nicht zu er-

kennen. Überzeugend schloss der Gutachter daraus, dass eine überdauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht vorliege und sich auch rückblickend nicht attestieren lasse. Hieran ändert die Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 13. Mai 2019 (Beschwerdebeilage [BB] 3) nichts. Darin attestiert sie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bei chronischen rezidivierenden depressiven Episoden, zurzeit schwere depressive Episode (ICD-10: F33.2). Sie stellt sich auf den Standpunkt, die gutachterliche psychiatrische Einschätzung entspreche nicht dem realen Bild der Schwere des Krankheitszustandes der Beschwerdeführerin, ohne sich jedoch konkret bezüglich der ihres Erachtens fehlerhaften Beurteilung zu äussern. Vielmehr entbehrt der Bericht jeglicher objektiver Befunde und basiert im Wesentlichen einzig auf den Angaben der Beschwerdeführerin. Damit vermag dieser Bericht die gutachterliche Einschätzung einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht in Zweifel zu ziehen, zumal in Bezug auf Atteste von Hausärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.6.2 Der dermatologische Teilgutachter erachtete die Diagnose einer chronisch spontanen Urticaria (ICD-10: L50.8) als aktenmässig fachärztlich gesichert, wobei sie in der gutachterlichen Untersuchung klinisch nicht habe bestätigt werden können. Die gesamte Haut sei frei von pathologischen Veränderungen gewesen, ein von der Explorandin postuliertes Anschwellen der Haut bei Kratzen habe sich nicht objektivieren lassen (AB 104.2 S. 93). Unter Würdigung der Aktenlage habe mit keiner der eingesetzten Therapien eine befriedigende und anhaltende Besserung der Symptomatik erreicht werden können. Durch die aktuelle Therapie mit Cortison und Antihistaminikum werde nach Angaben der Explorandin eine geringe Verbesse-

rung der Symptome erreicht. Insgesamt sei die Ausprägung der geklagten Beschwerden und die postulierte praktisch vollständige Einschränkung des allgemeinen Aktivitätsniveaus aus dermatologischer Sicht nicht mit dem erhobenen Befund in Einklang zu bringen. Die letzte Tätigkeit sei als gut geeignet anzusehen. Allenfalls seien Tätigkeiten, die zu einer starken mechanischen Belastung der Haut führen, zu vermeiden. Diese Einschätzung überzeugt ohne weiteres, zumal seitens der behandelnden Ärzte diesbezüglich – wenn überhaupt (vgl. AB 61 S. 1) – keine längerdauernden Arbeitsunfähigkeiten attestiert worden sind. Entgegen des Vorwurfs von Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, im beschwerdeweise eingereichten Bericht vom 7. Januar 2019 (BB 1) hat der dermatologische Gutachter die diversen Behandlungsberichte des Spitals G._____ (vgl. AB 61 S. 1 f., 5 f., 13 f.; 76 S. 30 f.) zur Kenntnis genommen und sich hierzu geäußert (AB 104.2 S. 93 f., 94, 96). Insbesondere hat er festgehalten, dass auch von den behandelnden Ärzten teilweise klinisch keine Manifestation von Hautsymptomen habe festgestellt werden können (AB 104.2 S. 96; vgl. auch AB 76 S. 26, 30).

3.6.3 In neurologischer Hinsicht führte der Teilgutachter aus, weder die cerebrale Bildgebung mit Schädel-MRI noch die spinale Bildgebung der gesamten Wirbelsäule hätten namhafte pathologische Befunde erbracht. Die in der Untersuchung angegebene Sensibilitätsstörung sei biologisch nicht plausibel erklärbar. Angesichts der Angabe von verstärkten Kribbelparästhesien und Einschlafgefühl der Arme insbesondere bei händigen Tätigkeiten und der angegebenen Sensibilitätsstörung des linken Armes sei eine ergänzende Elektroneurographie erfolgt, in welcher sich kein Anhalt für ein Karpaltunnelsyndrom links oder eine anderweitige peripher-neurogene Schädigung der untersuchten Armnerven links ergebe. Zusammengefasst finde sich kein organisches Korrelat für die anamnestisch berichteten Beschwerden und die in der neurologischen Untersuchung demonstrierten Einschränkungen. Auffällig seien vielmehr Diskrepanzen, welche für eine Symptomausweitung bzw. bewusstseinsnahe Darstellung von Symptomen und Beschwerden sprächen. Auch aktendokumentiert sei wiederholt auf Selbstlimitierung, Symptomausweitung und beeinträchtigte Leistungsbereitschaft hingewiesen worden (AB 104.2 S. 140). Soweit der Neurologe Dr. med. F._____ im Bericht vom 7. Januar 2019 (BB 1) das neurologische

Teilgutachten kritisiert, setzt er sich mit den Überlegungen und Schlussfolgerungen des Gutachters nicht vertieft auseinander, sondern stellt diesen lediglich seine eigene Einschätzung gegenüber, wobei er – obwohl er die Schlussfolgerung einer Symptomausweitung kritisiert – keine objektivierbaren Befunde für die geklagten Beschwerden benennt. Vielmehr ist seinen früheren Berichten zu entnehmen, dass keine zentralen oder peripheren Nervenausfälle im linken Arm vorgelegen haben und sich die Verhältnisse im Bereich der Wirbelsäule abgesehen von leichten degenerativen Veränderungen unauffällig gezeigt hätten (BB 7). Dr. med. H. _____, Facharzt für Neurologie und Praktischer Arzt, attestiert im Bericht vom 10. Mai 2019 (BB 2) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Jahren und begründet dies fachfremd mit den geklagten psychiatrischen Beschwerden und dabei insbesondere mit der seit dem Unfall vom Dezember 2012 bestehenden Schmerzsymptomatik. Seine Kritik am Gutachten der MEDAS und seine Ausführungen sind allein geprägt durch die Angaben der Beschwerdeführerin. Objektivierte, dem Gutachten hinsichtlich seines Fachgebietes widersprechende, Befunde legt er ebenso wie Dr. med. F. _____ nicht dar.

3.6.4 Der orthopädische Teilgutachter führte aus, die Explorandin berichte über verspannte Muskeln im ganzen Körper und eine Schwäche im Bereich der Muskulatur der Beine seit fünf bis sechs Jahren, zeitlich konkretisiere sie den Beginn im Zusammenhang mit dem Auffahrunfall vor fünf Jahren. Sie beklage weiterhin beidseitige Knieschmerzen, Nackenschmerzen, Kopfschmerzen und Rückenschmerzen (AB 104.2 S. 172). Die belastungsabhängigen Kniebeschwerden beidseits liessen sich im Kontext der im MRI nachgewiesenen mässiggradigen Knorpeldefekte mit bereits sichtbaren Osteophyten im Sinne einer beginnenden Gonarthrose verstehen. Der klinische Kniegelenksbefund sei beidseits unauffällig. Für die geklagten Beschwerden im Bereich des Achsenorgans finde sich sowohl bildmorphologisch als auch klinisch kein entsprechendes Befundkorrelat. Eine deutliche Diskrepanz zeige sich bei der Bewegungslimitation zervikal, wo zum Beispiel beim Liegen in Bauchlage auf der Untersuchungsfläche ein deutlich grösseres Bewegungsausmass hinsichtlich der Rotation zervikal zu beobachten sei. Es fänden sich keine Anzeichen einer radikulären Defizitsymptomatik sowohl im Bereich der oberen als auch der unteren Extremitäten (AB 104.2 S. 188). Der durch MRI nachgewiesene degenerative, irreversible

ble Knorpelschaden im Bereich beider Kniegelenke rechtfertige auch bei bisher unauffälligem klinischen Befund die Empfehlung, Arbeiten mit häufiger schwerer körperlicher Belastung und ständigem Stehen/Gehen sowie Arbeiten in Körperzwangshaltungen eher zu meiden, was jedoch nicht der derzeitigen Tätigkeit als Hausfrau oder der angestammten, zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... entspreche. Von daher sei aus orthopädischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden oder überwiegend sitzend ausgeübten Arbeiten gegeben (AB 104.2 S. 189). Die von Dr. med. F. _____ im Bericht vom 7. Januar 2019 (BB 1) geäusserte Kritik am orthopädischen Teilgutachten erschöpft sich im Wesentlichen in ungerechtfertigten formellen Vorwürfen. So entspricht es nicht der Aktenlage, dass der Teilgutachter für den fachspezifischen Aktenauszug lediglich zwei Akten erwähnt. Der Aktenauszug umfasst 21 Seiten (AB 104.2 S. 151 ff.) und beinhaltet alle wesentlichen medizinischen Berichte ab dem Zeitpunkt des erlittenen Auffahrunfalls am 7. Dezember 2012. Ebenso entspricht es nicht der Aktenlage, dass sich der orthopädische Teilgutachter nicht zu den Befunden bezüglich des arthroskopierten rechten Kniegelenks geäussert hätte (BB1 S. 3). Vielmehr hielt dieser fest, es bestünden keine Abweichung oder Asymmetrie der Gelenksachse, keine Schwellung, kein Kniegelenkserguss, keine degenerativen Veränderungen, keine muskulären Atrophien, reizlose Postarthroskopienarben und eine reizlose Narbe über der Tuberositas tibiae rechts (AB 104.2 S. 185). Schliesslich ist auch der Vorwurf, der Gutachter habe diagnostisch einzig die beginnende Gonarthrose beidseits berücksichtigt und die übrigen orthopädischen Diagnosen oder Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule ausser Acht gelassen (BB 1 S. 3), nicht berechtigt, hat dieser sich doch ausführlich zum Befund sowohl der Wirbelsäule als auch aller Extremitäten geäussert und dabei auch die seitens der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wiedergegeben (AB 104.2 S. 181 ff.).

3.7 Gestützt auf das nach dem hiavor Dargelegten beweiskräftige Gutachten der MEDAS vom 28. November 2018 (AB 104.2) ist erstellt, dass im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiavor) keine für den Rentenanspruch wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Zwar attestiert der orthopädische Teilgutachter eine gewis-

se Einschränkung mit Blick auf die Ausübung körperlich schwerer Tätigkeiten (vgl. E. 3.6.4 hiervor), insgesamt ist jedoch weiterhin von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auszugehen. Damit hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente zu Recht verneint. Die gegen die Verfügung vom 10. April 2019 (AB 114) erhobene Beschwerde ist folglich abzuweisen.

4.

4.1 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 in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Es 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):

- A. _____
- 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.