

200 15 1125 IV  
SCJ/LUB/OGM/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 7. April 2016**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. November 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1975 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals am 12. November 2008 unter Hinweis auf Antriebslosigkeit, Depressionen, ständige Kopfschmerzen, Überbelastung, chronische Erschöpfungszustände, Schlafstörungen, Weichteilrheuma-Beschwerden, Kraftlosigkeit, Unkonzentriertheit, Schwindelanfälle und Hormonstörungen (Hypophysen-Adenom) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 2). Nach Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht (AB 7, 11, 13 - 15, 20, 23, 31, 36) sowie Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 17/3 f., 32/2 f., 40/3 f.) stellte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) der Versicherten mit Vorbescheid vom 11. Juni 2010 (AB 41) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Den mit Einwand vom 6. Juli 2010 (AB 45) eingereichten Arztbericht (AB 44) des behandelnden Endokrinologen, Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Endokrinologie/Diabetologie FMH, unterbreitete die IVB dem RAD zur Stellungnahme (AB 47) und verfügte am 6. September 2010 (AB 48) entsprechend dem Vorbescheid. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 50/3 - 13) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 23. Dezember 2010 (IV/2010/1054; AB 55) ab.

### **B.**

Am 3. Juni 2014 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug bei der IV – insbesondere unter Hinweis auf eine neu aufgetretene Polyneuropathie – an (AB 60). Nachdem der eingereichte Arztbericht des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ (AB 64) dem RAD zur Stellungnahme (AB 65 f.) unterbreitet worden war sowie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 67 -73) trat die IVB mit Verfügung vom 7. November 2014 (AB 74) auf das Leistungsbegehren nicht ein. Hiergegen erhob die Versicherte Beschwerde (AB 79/3 - 20). Die IVB hob die angefochtene Nichteintretensverfügung (AB 74) wiedererwägungsweise auf (AB 81), woraufhin das Verwal-

tungsgericht des Kantons Bern das Beschwerdeverfahren mit Urteil vom 30. Januar 2015 (IV/2014/1171) als gegenstandslos abschrieb (AB 83).

Die IVB tätigte in der Folge weitere medizinische Abklärungen (AB 84 - 92) und stellte der Versicherten gestützt auf die Stellungnahme des RAD (AB 94/3 - 7) mit Vorbescheid vom 27. August 2015 (AB 95) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Nach erhobenem Einwand (AB 97, 102 - 103) und erneuter Rücksprache mit dem RAD (AB 105) wies die IVB das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 18. November 2015 (AB 106) entsprechend dem Vorbescheid ab.

### **C.**

Dagegen erhob die Versicherte am 22. Dezember 2015 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei die Sache zur Durchführung einer multidisziplinären Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ferner wurde um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ersucht.

In der Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Die angefochtene Verfügung 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 Verfügun-

gen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 18. November 2015 (AB 106). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Neuanmeldung Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat.

**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** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

### **2.3**

**2.3.1** 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).

**2.3.2** 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**2.3.3** Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

**2.4** 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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

## **2.5**

**2.5.1** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad

der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

**2.5.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). 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 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** 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).

**2.5.4** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes 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 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

### 3.

**3.1** Nachdem die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 3. Juni 2014 (AB 60) vorerst nicht eingetreten war, hob sie die Verfügung vom 7. November 2014 (AB 74) im Rahmen eines gerichtlichen Beschwerdeverfahrens (AB 83) wiedererwägungsweise auf (AB 81 f.) und entschied nach Vornahme weiterer Abklärungen materiell (AB 106). Die Eintretensfrage ist deshalb praxisgemäss nicht mehr zu überprüfen (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig ist hingegen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss gelangte, die Beschwerdeführerin habe keinen Anspruch auf Leistungen der IV. Zu prüfen gilt es, ob im Vergleich zur letzten rechtskräftigen Abweisung des Leistungsgesuchs am 6. September 2010 (AB 48) im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 18. November 2015 (AB 106) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiervor).

**3.2** Die Verfügung vom 6. September 2010 (AB 48) stützte sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf folgende Arztberichte:

**3.2.1** Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte im Arztbericht vom 14. März 2008 (AB 13/7 - 8) ein 5x8x10 mm grosses Mikroadenom, bei fehlendem Hinweis für ein Chiasmasyndrom und unauffälligen Befunden im Neurostatus. Anamnestisch führte er aus, die Beschwerdeführerin leide subjektiv an einer chronischen Erschöpfungsproblematik, welche schon seit Jahren zunehmend bestehe und an einer Fibromyalgie, welche vor allem zu chronischen Rückenschmerzen geführt habe. Zudem bestünden eine Adynamie sowie eine chronisch depressive Verstimmung, wobei sie unter mannigfaltigen Anforderungen sowohl im familiären privaten als auch im beruflichen Umfeld stehe (AB 13/7).

**3.2.2** Im Austrittsbericht des Spitals D. \_\_\_\_\_, Klinik für E. \_\_\_\_\_, vom 15. September 2008 (AB 7/10 - 11) wurde als Diagnose ein Mikroprolaktinom festgehalten. Die Beschwerdeführerin habe seit mehreren Jahren an einer Galaktorrhoe und seit Juli 2007 zusätzlich an einer sekundären Amenorrhoe gelitten. Die endokrinologischen Abklärungen hätten eine Hy-

perprolaktinämie ergeben. Das Mikroprolaktinom sei am 22. August 2008 komplikationslos entfernt worden (AB 7/10).

**3.2.3** Dr. med. B. \_\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 22. Oktober 2008 (AB 7/12 -16) sowie erneut in den Arztberichten vom 15. November (AB 13/5 - 6) und 20. Dezember 2008 (AB 14/1 - 6) im Wesentlichen die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Mikroadenom der Hypophyse mit Hyperprolaktinämie, Mikroprolaktinom
- Arterielle Hypotonie
- Chronisch rezidivierendes Schmerzbild des Bewegungsapparates mit DD: fibromyalgischer Komponente/depressiver Verstimmung
- Chronisches zervikolumbales Schmerzsyndrom
- Erschöpfungssyndrom

Seit März 2008 und bis auf Weiteres sei ihr die bisher ausgeübte Erwerbstätigkeit als ... nicht mehr zumutbar (AB 14/3 lit. D Ziff. 1 und 3). Unter Verweis auf einen Bericht des operierenden Chirurgen (AB 14/12) bemerkte er, vorliegend müsse bei Tumorpersistenz eine niedrig dosierte Dopaminergika-Therapie eingeleitet werden (AB 13/6).

**3.2.4** Im Bericht vom 15. Dezember 2008 (AB 13/1 - 4) diagnostizierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung zumindest mittleren Grades seit spätestens März 2008 und verwies bezüglich weiterer Diagnosen auf den Arztbericht des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.2.3 hier vor; AB 13/1 lit. A). Durch die Überlagerung resp. Wechselwirkung der somatischen und psychischen Problematik bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 13/2 lit. D Ziff. 2a). Die Krankschreibung seit dem 4. März 2008 sei nicht durch ihn erfolgt, aber sicher gerechtfertigt (AB 13/1 lit. B).

Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 3. August 2009 (AB 20) teilte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ mit, dass die ambulante Behandlung am 22. April 2009 ohne Erfolg vorläufig abgeschlossen worden sei. Es bestehe bis auf Weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Abklärungen in somatopsychischer respektive psychosomatischer Hinsicht seien dringend angezeigt.

**3.2.5** Der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, stellte im Arztbericht für Erwachsene vom 29. Dezember 2008 (AB 15) die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer Operation Hypophysenadenom, einer Hypotonie, einer Depression sowie einer chronischen Cervicolumbalgie, Fibromyalgie (AB 15/1 lit. A). Er attestierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 4. März 2008 bis dato und führte aus, anamnestisch bestünden eine persistierende Erschöpfungsproblematik und Rückenbeschwerden. Die Beschwerdeführerin klagte über cervicothoracale und lumbale Rückenbeschwerden, Kopfschmerzen und Müdigkeit (AB 15/1, 3 lit. B und E).

**3.2.6** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 29. April 2009 (AB 23/9 - 11) im Wesentlichen eine Panalgie, ein Mikroadenom der Hypophyse und eine arterielle Hypertonie (AB 23/9). Die Zuweisung sei zwecks Beurteilung von neulich aufgetretenen Arthralgien mit Morgensteifigkeit nebst einer persistierenden panvertebralen, vor allem zervikal betonten Schmerzsymptomatik, beides verbunden mit zum Teil nächtlichen Schmerzen, erfolgt (AB 23/10). Zusammenfassend ergäben sich aus rheumatologischer Sicht keine fassbaren Hinweise für ein systemisch-entzündlich-rheumatisches Geschehen. Die Beschwerden im rechten Handgelenk könnten mechanisch bedingt sein (AB 23/11).

**3.2.7** In einem weiteren Bericht vom 27. Mai 2009 (AB 23/6 - 8) erhob Dr. med. C.\_\_\_\_\_ als Hauptdiagnosen Spannungskopfschmerzen und eine depressive Stimmungslage und führte aus, die Spannungskopfschmerzen hätten zweifelsfrei auch eine psychische Komponente. Die Beschwerdeführerin leide schon seit längerem an einem depressiven Erschöpfungszustand, wobei ein organischer Bezug zum Mikroadenom bei guter medikamentöser Einstellung nicht hergestellt werden könne (AB 23/6 f.).

**3.2.8** Soweit sein Fachgebiet betreffend diagnostizierte Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie FMH, im Bericht vom 19. August 2009 (AB 36/3 - 6) ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom leichten Grades. In seiner Beurteilung führte er aus, wie bereits vom Hausarzt und vom behandelnden Neurologen festgehalten, dürften die geschilderten Beschwerden in erster Linie Ausdruck eines depressiven Erschöp-

fungszustandes sein (AB 36/3). Dies bestätigte er in einem weiteren Bericht vom 25. Januar 2010 (AB 36/1 - 2), nachdem die Beschwerdeführerin die Therapie mit nächtlicher Unterdruckbeatmung beendet hatte (AB 36/1).

**3.2.9** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Oberarzt der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin des Spitals D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im ambulanten Bericht vom 28. August 2009 (AB 23/3 - 5) eine unklare Hypersomnie, differenzialdiagnostisch Depression respektive Chronic Fatigue Syndrom, ein Fibromyalgiesyndrom sowie Spannungskopfschmerz (möglicherweise Medikamenten-induziert; AB 23/3). Weiter führte er aus, dass es aufgrund des überwiegend oberflächlich gebliebenen Gesprächs sehr schwer gefallen sei, einen aussagekräftigen Psychostatus zu erheben. Vor diesem Hintergrund sei es nicht gelungen, die Depressivität ausreichend präzise zu erfassen, auch testpsychologisch hätten sich keine Hinweise ergeben. Letztlich sei die diagnostische Einordnung insgesamt schwierig, wobei in erster Linie jede endokrinologische oder stoffwechselbedingte Störung soweit wie möglich ausgeschlossen werden sollte. Eine psychologische Mitbetreuung halte er für dringend notwendig (AB 23/4 f.).

**3.2.10** Dr. phil. P. \_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, diagnostizierte im Bericht vom 12. Februar 2010 (AB 31/2 - 7) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes Schmerzgeschehen (Kopfschmerzen [ICD-10: R 52.2]), eine Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung bei ausgedehnten Aufgaben, eine sekundäre Gedächtnisstörung und eine Schlafstörung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors, alles bestehend seit August 2008. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe Distress und Erschöpfung seit vor Behandlungsbeginn (27. August 2009; AB 31/2 Ziff. 1.1 f.). Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar (AB 31/5 Ziff. 1.7).

**3.2.11** Im Bericht vom 25. Mai 2010 (AB 40/3 f.) stellte die RAD-Ärztin Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, lediglich Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Zustand nach Hypophysenadenomoperation und eine medikamentös behandelte Hyperprolactinämie sowie subjektiv Müdigkeit, Schlappeheit, Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen und „deprimierte“ Stimmung; AB 40/4). Die „Schlafstörung“ sei unklar. Zwar klage die Beschwerdeführerin über ein

erhöhtes Schlafbedürfnis und gleichzeitig über erhöhte Tagesmüdigkeit. Eine Schlafapnoe habe sich jedoch höchstens von leichtem Grade nachweisen lassen, und die Beschwerdeführerin habe eine entsprechende Behandlung blockiert. Im Bericht vom 5. Februar 2009 (AB 17/3 f.) habe sie eine mittelschwere Depression und die in diesem Zusammenhang von den behandelnden Ärzten attestierte Arbeitsunfähigkeit noch als wahrscheinlich gerechtfertigt betrachtet. Inzwischen lasse sich – auf Grund aller Unterlagen – eine Depression von relevantem Ausmass nicht mehr nachvollziehen (AB 40/3). Zusammengenommen liege keine objektivierbare gesundheitlich bedingte Störung vor, welche die Arbeitsfähigkeit relevant mindern würde, womit der Beschwerdeführerin alle einer Frau möglichen Tätigkeiten ohne zeitliche Einschränkung zumutbar seien (AB 40/4).

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 6. September 2010 (AB 48) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.3.1** Im Bericht vom 26. April 2013 (AB 79/16 f.) stellte Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, die Diagnose eines Verdachts auf eine beginnende sensible Polyneuropathie, differenzialdiagnostisch Small-fiber-Neuropathie und funikuläre Myelose. Die Diagnose einer chronisch distalen sensiblen Polyneuropathie, differenzialdiagnostisch Vitamin-B12-Mangel, idiopathisch, bestätigte er im Bericht vom 23. April 2014 (AB 79/14). Anamnestisch bestünden Dysästhesien an den Händen und Füssen. Laborchemisch zeigten sich – mit Ausnahme einer Dysproteinämie – keine Neuropathieursachen. Letztlich sei auch eine idiopathische Ursache der Polyneuropathie denkbar (AB 79/15).

Dr. med. K. \_\_\_\_\_ bemerkte in einem weiteren Bericht vom 4. Dezember 2014 (AB 79/9 - 13), dass sich die Beschwerden durch die konsequent parenteral durchgeführte Vitamin-B12-Substitution nicht gebessert hätten. Dies spreche gegen eine funikuläre Myelose als Beschwerdeursache. Im Umkehrschluss liege daher eine chronisch distale sensibel-autonome Polyneuropathie mit vorwiegender Small-fiber-Affektion unklarer Ursache vor. An den oberen Extremitäten sei die Situation subjektiv unverändert, die Beschwerden an den Füssen hätten jedoch zugenommen. Es bestehe der Verdacht auf ein subklinisches Cushing-Syndrom (AB 79/9 f.). Gemäss

seinem Bericht vom 4. März 2015 (AB 97/11 f.) habe die Hautbiopsie keine Small-fiber-Affektion zu objektivieren vermocht. Die molekulargenetische Untersuchung sei negativ geblieben und es hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer hereditären Neuropathie mit Neigung zu Druckpareesen ergeben. Zusammenfassend bleibe die Ursache der Neuropathie weiterhin unklar (AB 97/11).

**3.3.2** Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, führte in der Krankengeschichte (AB 79/18 f.) mit Eintrag vom 21. Februar 2014 aus, dass bei Status nach Karpaltunnelrelease links am 26. September 2013 persistierende Beschwerden bestünden (AB 79/18). Im Bereich des Sattelgelenks seien die Beschwerden in ihrer Genese unklar. Wesentliche Zeichen einer Rhizarthrose hätten weder klinisch noch radiologisch gefunden werden können. Der Verdacht auf eine beginnende sensible Polyneuropathie stehe daher im Vordergrund (AB 79/19).

**3.3.3** Im Bericht vom 2. Juli 2014 (AB 64) nannte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ die Diagnosen eines bilateralen Karpaltunnelsyndroms, eines Nebennierenadenoms links sowie einen Verdacht auf beginnende sensible Polyneuropathie, differenzialdiagnostisch eine Small-fiber-Neuropathie und eine funikuläre Myelose (AB 64/1). In einem weiteren Bericht vom 23. Oktober 2014 (AB 70/2) bestätigte er, dass eine unklare sensible Polyneuropathie stark progredient verlaufe und diese ätiologisch trotz Mehrfachabklärung ungeklärt sei. Zudem bestehe der Verdacht auf ein Cushing-Syndrom, einen operationsbedürftigen Nebennierentumor linksseitig, einen unbefriedigenden Ausfall seitens des Karpaltunnelsyndroms, eine therapeutisch nicht beeinflussbare Hypotonie sowie starke Progredienz seitens der Schmerzen. Der Zustand habe sich durch diese multiplen Faktoren signifikant verschlechtert.

Bei gleich bleibenden Diagnosen führte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 3. Juli 2015 (AB 92) aus, dass am 7. April 2015 bei der Beschwerdeführerin eine Adrenalektomie links durchgeführt worden sei. Gemäss histopathologischem Untersuchungsbericht vom 9. April 2015 (AB 92/7) bestehe ein Nebennierenadenom. Postoperativ sei eine Nebennierenrinden-Insuffizienz aufgetreten, welche mit Hydrocortison therapiert werde. Pluri-

faktoriell bedingt bestehe eine absolute Leistungsunfähigkeit (AB 92/1 Ziff. 1.4).

**3.3.4** Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte die RAD-Ärztin Dr. med. M. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 5. August 2015 (AB 94/3 - 7) die Diagnose einer Operation eines Adenoms der Nebenniere am 7. April 2015. Danach habe während zwei Monaten eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie als Diagnosen eine angegebene sensible Polyneuropathie – wobei die Diagnose nicht nachvollziehbar und die Motorik nicht betroffen sei –, einen Status nach Operation eines Mikroadenoms bei Hyperprolaktinämie, eine Zwillingengeburt am 29. Oktober 2011 (richtig: 24. Oktober 2011), ein polymyalgisches Syndrom ohne anatomische Ursache, bestehend seit Jahren, eine substituierte Hypothyreose sowie den Verdacht auf Ernährungsfehler bei Mangel an Vitaminen, Eisen und Kalzium, welche laufend substituiert würden (AB 94/6). Mit Ausnahme einer verzögerten Nervenleitung im Nervus suralis seien die Werte im Normbereich, so dass eine generelle Nervenerkrankung nicht in Frage komme (AB 94/3). Die aktuell geltend gemachte Polyneuropathie bzw. der Verdacht darauf sei klinisch nicht objektivierbar. Zudem würde eine rein sensible Störung die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigen (AB 94/7). Die für die Arbeitsfähigkeit relevanten motorischen Anteile seien nachweislich nicht betroffen (AB 94/6). Für ca. zwei Monate nach der Operation eines Nebennierenadenoms habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden (AB 94/6). Eine Begründung, weshalb die Beschwerdeführerin noch immer zu 100 % arbeitsunfähig sein sollte, sei nicht ersichtlich und werde auch vom behandelnden Endokrinologen Dr. med. B. \_\_\_\_\_ nicht gegeben. Dieser beantworte die Frage nach der Arbeitsunfähigkeit ausweichend und ungenügend (AB 94/3). Aktuell bestehe keine relevante Veränderung des endokrinen Systems. Ebenfalls seien die Abweichungen nie so schwer gewesen, dass daraus hätte eine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden können (AB 94/7). Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt (AB 94/6).

**3.3.5** In einem weiteren Bericht vom 16. September 2015 (AB 97/6 - 8) bemerkte Dr. med. K. \_\_\_\_\_ – bei gleich bleibender Diagnose –, dass sich das Befinden der Beschwerdeführerin seit der operativen Therapie des

Nebennierenadenoms nicht verbessert habe. Klinisch-neurologisch sehe er keine eindeutigen Befundänderungen. Im Vordergrund stünden weiterhin Schmerzen und Erschöpfung (AB 97/6). Da die erhobenen pathologischen Befunde durch die RAD-Ärztin als unspezifisch interpretiert bzw. deren klinische Relevanz bezweifelt würden, habe er mit der Beschwerdeführerin die Einholung einer universitären neurologischen Zweitmeinung vereinbart (AB 97/7).

**3.3.6** Dem Bericht vom 28. Oktober 2015 (AB 102/1 - 4) des Dr. med. B.\_\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass sowohl Adenome der Hypophyse wie auch Nebennierenadenome über ein Jahrzehnt benötigten um auszuwachsen. Während dieser Zeit seien sie klinisch jedoch bereits aktiv, larviert insofern, als sie hier diffuse Symptome verursachten, welche erst nach Jahren klinisch erfasst werden könnten (AB 102/3). Damit bestehe bei der Beschwerdeführerin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Aktuell sei die Situation durch eine postoperative Nebennierenrinden-Insuffizienz verschlimmert, welche sich langsam bessere (AB 102/4).

**3.3.7** In der Stellungnahme vom 11. November 2015 (AB 105) hält die RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_\_ an ihrem Bericht vom 5. August 2015 (AB 94/3 -7) fest. Es sei nicht genau erstellt, dass die Nebennieren- und die Hypophysenveränderung die Müdigkeit verursachten. Die Beschwerdeführerin habe bereits vor der Diagnose einer hormonellen Störung – bei normalem Neurostatus – über Schmerzen und Müdigkeit geklagt. Aktuell bestehe keine schwere, nicht korrigierte Veränderung des endokrinen Systems (AB 105/3 f.). Die diagnostizierte Polyneuropathie habe sich als verminderte Nervenleitgeschwindigkeit in den Beinen gezeigt, wobei sie an den Armen normal gewesen sei. Daraus lasse sich keine erhebliche klinische Störung ableiten, die eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit begründen würde (AB 105/4).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 18. November 2015 (AB 106) in medizinischer Hinsicht auf die Einschätzungen der RAD-Ärztin gestützt.

**3.4.1** Die Diagnose einer sensiblen Polyneuropathie respektive den Verdacht hierauf stellte Dr. med. K.\_\_\_\_\_ erstmals im Bericht vom 26. April

2013 (AB 79/16 f.). Bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung bestätigte er die gestellte Diagnose mehrmals (AB 79/9, 79/14, 97/6, 97/11). Nachdem die RAD-Ärztin in ihrem Bericht vom 5. August 2015 (AB 94/7) geltend gemacht hatte, die Polyneuropathie sei klinisch nicht objektivierbar, veranlasste Dr. med. K. \_\_\_\_\_ eine universitäre neurologische Zweitmeinung um festzustellen, ob bei der Beschwerdeführerin tatsächlich eine Polyneuropathie bestehe und inwieweit sie durch diese beeinträchtigt werde (AB 97/5, 7). Zur erneuten Abklärung ihrer Beschwerden wurde die Beschwerdeführerin in der Folge Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Oberärztin der Klinik E. \_\_\_\_\_ des Spitals D. \_\_\_\_\_, zugewiesen. Mit Einwand vom 28. September 2015 zum Vorbescheid (AB 97) beantragte die Beschwerdeführerin daher, es sei mit dem Erlass einer Verfügung zuzuwarten, bis ihr Gesundheitszustand abschliessend abgeklärt sei. Zur Verbesserung bzw. Vervollständigung des Einwands wurde eine nichtverlängerbare Nachfrist bis zum 28. Oktober 2015 gesetzt (AB 98). Die von der Fachärztin mit E-Mail vom 13. Oktober 2015 (AB 99) beantragte Fristverlängerung bis zum Abschluss der Abklärungen wurde indessen durch die Beschwerdegegnerin nicht respektive nur unvollständig gewährt.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung – nachdem sie die Nichteintretensverfügung wiedererwägungsweise aufgehoben hatte (AB 81 f.) – eingetreten, weshalb sie die Sache hätte materiell abklären und sich vergewissern müssen, ob die von der Beschwerdeführerin glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch eingetreten ist. Erst wenn feststeht, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine rentenbegründende Veränderung erfahren hat, ist das neue Gesuch abzuweisen (vgl. E. 2.5.2 hiavor; BGE 109 V 108 E. 2b S. 115). Vorliegend ist aufgrund der eingeholten Arztberichte nicht klar, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich an einer Polyneuropathie leidet und inwieweit diese eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Daran vermag auch die fachfremde Einschätzung (AB 94/7, 105/4) der RAD-Ärztin, dass keine erhebliche klinisch-neurologische Störung vorliege, nichts zu ändern. Unter diesen Umständen erweist sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als ungenügend abgeklärt, womit die angefochtene Verfügung bereits deshalb aufzuheben und zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

**3.4.2** Ebenfalls neu hinzugetreten ist ein Nebennierenadenom links, welches durch Dr. med. B. \_\_\_\_\_ erstmals am 2. Juli 2014 (AB 64/1) diagnostiziert und am 7. April 2015 mittels Adrenalektomie durch Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, operativ angegangen wurde (AB 84/7, 92/1 Ziff. 1.4). Ein entsprechender Operationsbericht ist nicht aktenkundig. Postoperativ sei eine Nebennierenrinden-Insuffizienz aufgetreten, welche momentan mit Hydrocortison therapiert werde (AB 92/1 Ziff. 1.4). Dr. med. B. \_\_\_\_\_ ist dabei der Ansicht, dass eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (AB 92/2 Ziff. 1.5). Demgegenüber ist die RAD-Ärztin in den Berichten vom 5. August 2015 (AB 94/3 - 7) und vom 11. November 2015 (AB 105) zum Schluss gekommen, dass keine relevante Veränderung des endokrinen Systems bestehe und die Abweichungen auch vor den operativen Eingriffen nie so schwer gewesen seien, dass daraus hätte eine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden können (AB 94/7, 105/4). Dem widerspricht Dr. med. B. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 28. Oktober 2015 (AB 102), wenn er festhält, dass aufgrund des Nebennierenadenoms die ganze Krankheitsgeschichte der Beschwerdeführerin neu gesehen werden müsse. Adenome der Hypophyse wie auch Nebennierenadenome seien bereits während ihrer Wachstumszeit von über einem Jahrzehnt aktiv und würden diffuse Symptome verursachen. Deshalb könnten nun insbesondere die Erschöpfungszustände der Beschwerdeführerin durch objektive Befunde erklärt werden (AB 102/3).

Aufgrund dieser einlässlich begründeten Stellungnahme des behandelnden Endokrinologen bestehen zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellung. In Bezug auf das operierte Nebennierenadenom kann auf die Einschätzung der RAD-Ärztin folglich nicht abschliessend abgestellt werden (vgl. E. 2.3.3 hiervor; BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469 ff., 125 V 351 E. 3a ee S. 353 f., 122 V 157 E. 1d S. 162 f.). Andererseits kann auch nicht allein auf die Beurteilung des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ abgestellt werden, zumal sich dieser nicht klar zu den Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf das Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin äussert. So attestierte er ihr zwar eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 92/2, 102/4), ob und in welchem Umfang der Beschwerdeführerin aber eine angepasste Tätigkeit zumutbar wäre, wurde nicht ausgeführt (vgl. AB 92; BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 f.). Mit

Berichten vom 3. Juli und 28. Oktober 2015 empfiehlt er denn auch, die Beschwerdeführerin multidisziplinär weiter abzuklären (AB 92/2 Ziff. 1.8, 102/4).

**3.5** Unter diesen Umständen kann die Frage nach einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustands gestützt auf die vorliegenden medizinischen Grundlagen nicht schlüssig beantwortet werden. Folglich erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt.

**3.6** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 18. November 2015 (AB 106) aufzuheben. Die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zur Veranlassung einer externen Begutachtung zurückzuweisen. Im Anschluss hat sie eine neue Verfügung zu erlassen.

#### **4.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

**4.2** Trotz ihres Obsiegens hat die nicht vertretene Beschwerdeführerin nach konstanter Praxis keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da der Aufwand zur Wahrung ihrer Interessen den Rahmen dessen nicht überschritten hat, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (vgl. BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

**4.3** Da der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten auferlegt werden, ist ihr Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege dahingefallen. Entsprechend ist das Verfahren

um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos geworden vom Protokoll abzuschreiben (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 39 N. 1).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 18. November 2015 aufgehoben und die Sache an die Verwaltung zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Anspruch auf Leistungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_ (samt Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2016)
  - 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.