

200 15 508 IV
LOU/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Oktober 2016

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____,
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. April 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1976 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 5. Februar 2009 mit Hinweis auf eine seit dem 5. Mai 2008 bestehende krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 3). Am 6. Mai 2008 hatte sich die Versicherte am linken Knie einem operativen Eingriff (arthroskopische Teilmeniscektomie medialer Meniskus [act. II 11/2]) unterzogen. Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere gestützt auf das Gutachten der MEDAS vom 20. Januar 2010 (act. II 32) und den Abklärungsbericht Haushalt vom 9. Februar 2010 (act. II 33) verneinte sie nach vorgängig durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 35) mit Verfügung vom 5. Mai 2010 (act. II 46) bei einem Invaliditätsgrad von 6% den Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Verfügung blieb unangefochten; ebenfalls die Verfügung vom 6. Juli 2010 (act. II 48), mit welcher wegen fehlendem Interesse der Versicherten die beruflichen Massnahmen abgeschlossen wurden.

B.

Am 4. Mai 2011 (Akten der IVB [act. IIA] 63/18) unterzog sich die Versicherte am linken Knie einem operativen Eingriff (arthroskopische mediale Restmeniscektomie). Am 28. Oktober 2013 (act. II 51) meldete sie sich mit Hinweis auf eine seit dem 21. Mai 2013 bestehende Arbeitsunfähigkeit erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Am 3. Juni 2014 (act. IIA 73.2/6) wurde eine mediale Meniscektomie rechts durchgeführt. Die IVB tätigte in der Folge medizinische und berufliche Abklärungen. Gestützt auf den Bericht von Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 13. Februar 2015 (act. IIA 76) verneinte die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 77) mit Verfügung vom 23. April 2015 (act. IIA 78) bei einem Invaliditätsgrad von 10% den Anspruch auf eine Invalidenrente.

C.

Mit Eingabe vom 1. Juni 2015 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, hiergegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 23. April 2015 sei aufzuheben.
2. Die Akten seien zur neuen Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 2. Juli 2015 auf Abweisung der Beschwerde unter Beilage einer Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. C._____, vom 30. Juni 2015 (in den Gerichtsakten).

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest. Die Beschwerdegegnerin reichte zudem mit Duplik vom 28. September 2015 einen weiteren Bericht von RAD-Arzt Dr. med. C._____ vom 10. September 2015 (in den Gerichtsakten) ein.

Die Beschwerdeführerin verzichtete auf das Einreichen von Schlussbemerkungen.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11.

Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 23. April 2015 (act. IIA 78). 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).

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 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 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 über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). 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). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). 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).

2.4 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).

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 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).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 28. Oktober 2013 (act. II 51) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der Verfügung vom 5. Mai 2010 (act. II 46) und der hier angefochtenen Verfügung vom 23. April 2015 (act. IIA 78) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit einen allfälligen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 5. Mai 2010 (act. II 46) stützte sich im Wesentlichen auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 20. Januar 2010 (act. II 32). Darin wurde mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungs-

fähigkeit eine monomelische Myatrophie des rechten Unterschenkels diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe eine Neuralgie des Ramus infrapatellaris links bei Status nach endoskopischer Teilmeniskektomie des linken medialen Meniskus sowie ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Hinweise auf radikuläre neurologische Defizite (S. 21 Ziff. 4). Es bestehe bei der Versicherten eine Minderbelastbarkeit des rechten Beines mit einer deutlich erkennbaren Muskelatrophie des rechten Unterschenkels und einer Einschränkung der Kraft des rechten Beines. Darüber hinaus beklage sie Schmerzen im linken Kniegelenk sowie im Kreuz und eine allgemeine muskuläre Schwäche, welche zu keinen weiteren funktionellen Ausfällen führe. Geistige oder psychische Beeinträchtigungen von Krankheitswert bestünden nicht. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im ... sei weiterhin möglich. Die Minderbelastbarkeit des rechten Beines führe jedoch zu Belastungseinschränkungen, welche sich in der bisherigen Tätigkeit in dem Sinne ungünstig auswirken würden (S. 22 Ziff. 2), so dass ihr diese noch sechs Stunden pro Tag jedoch ohne Minderung der Leistungsfähigkeit zumutbar sei (S. 24 Ziff. 4 f.). Leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten, überwiegend im Wechselrhythmus zwischen Gehen, Stehen und Sitzen, alternativ überwiegend sitzend mit der Möglichkeit, spätestens nach 30 Minuten die Körperposition zu wechseln, seien an achteinhalb Stunden pro Tag zumutbar (Ziff. 11 i.V.m. S. 25 Ziff. 13).

3.3 Seit der Verfügung vom 5. Mai 2010 (act. II 46) ergibt sich bezüglich des Gesundheitszustandes im Wesentlichen das Folgende:

3.3.1 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete am 22. September 2013 (act. II 57) über eine langjährige Vorgeschichte von Knieschmerzen trotz im Mai 2008 und Mai 2011 erfolgter Operationen und von - trotz Abklärung unklar gebliebener - einseitiger Schwäche (S. 1 Ad 1). Die Versicherte berichte über Schmerzen in beiden Beinen und Knien, in den Schultern, dem Nacken und den Knöcheln (Ad 2). Eine begrenzte Arbeitsfähigkeit sollte sich mit der Zeit wieder erreichen lassen. Die Versicherte sei eingeschränkt beim Heben und Tragen und bei langem Stehen (Ad 6).

3.3.2 Im Auftrag der zuständigen Krankentaggeldversicherung, der E._____, wurde die Versicherte am 30. Oktober 2013 durch PD Dr. med. F._____, Facharzt für Chirurgie FMH, untersucht. Gemäss seinem Bericht vom 1. November 2013 (act. IIA 63/13) klagte diese über Knieschmerzen beidseits vor allem links nach bereits kurzen Gehstrecken. Mehr als 15 Minuten könne sie praktisch nicht gehen, dann müsse sie wieder anhalten. Treppensteigen sei schmerzhaft, ebenfalls Verrichtungen in gebeugter oder kniender Stellung (S. 13). Ohne bildgebende Unterlagen sei eine Beurteilung schwierig. Eine genauere Abklärung mittels MRI beider Kniegelenke mit anschliessender orthopädischer Beurteilung sei angezeigt (S. 14). PD Dr. med. F._____ stellte die Verdachtsdiagnosen einer retropatellären Chondropathie beidseits und beginnender Knorpelschäden im medialen Gelenkkompartiment links bei eventuellem Status nach partieller Läsion des vorderen Kreuzbandes und bei Verdacht auf Bakerzyste (Ziff. 3). In der bisherigen Tätigkeit als ... in einem orientalischen Lebensmittelladen sei die Versicherte glaubhaft zu 100% arbeitsunfähig (Ziff. 5). Sie sei eingeschränkt für längeres Gehen, Stehen sowie für das Tragen und Heben von Lasten, ferner auf Zwangsstellungen in gebeugter oder kniender Stellung. Die Einschränkung betrage praktisch 100% (Ziff. 6). Der Versicherten wären leichtere Arbeiten mit wechselnder stehender Tätigkeit zumutbar. Grössere Gehleistungen sollten vermieden werden, ebenso Zwangshaltungen und Tragen von Lasten. Eine angepasste Tätigkeit leichten Grades mit vorwiegend sitzender Aktivität wäre zu 50% denkbar (S. 15 Ziff. 16).

3.3.3 Dr. med. D._____ führte im Bericht vom 10. August 2014 (act. IIA 71) aus, der Gesundheitszustand habe sich einerseits verschlechtert, indem bis jetzt nie abgeklärte Schmerzen im Ober- und Unterarm rechts sowie eine Gefühlsstörung aufgetreten seien. Andererseits habe sich die Schmerzintensität der Kniebeschwerden verbessert. Insgesamt beurteilte er den Gesundheitszustand als stationär (S. 1 Ziff. 1 f.).

Wie seinem Bericht vom 10. Januar 2015 (Akten Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 18) zu entnehmen ist, stünden die Kniebeschwerden im Vordergrund. Die Versicherte könne nur gehen, aber nicht laufen. Die

einseitige muskuläre Schwäche bleibe und sei wohl Ausdruck eines neurologischen Problems.

Am 25. Januar 2015 (BB 16) führte Dr. med. D. _____ aus, der Gesundheitszustand sei mässig. Die Therapie bestehe in physiotherapeutischen Massnahmen und der Einnahme von entzündungshemmenden Medikamenten bei Bedarf. Die Versicherte leide unter ständigen Schmerzen in beiden Knien und der Wade. Dazu komme ein rezidivierendes „giving way“ des rechten Knies bei Knieschwellung. Sie könne nicht länger als 15 Minuten am Stück gehen. Der rechte Oberarm zittere. Sie könne den Arm kaum abduzieren (S. 2 Ad 1). Eine namhafte Besserung der Beeinträchtigungen sei zweifelhaft (Ad 3). Die Versicherte könne nicht mehr als ... ar-beiten, wo sie dauernd stehen oder gehen und Lasten heben und tragen müsste (Ad 4a). Zumutbar sei eine leichte Arbeit, nicht länger als zwei Stunden am Stück und mit der Möglichkeit, sich ab und zu setzen zu können (Ad 4b).

3.3.4 Dr. med. C. _____ diagnostizierte im RAD-Bericht vom 13. Februar 2015 (act. IIA 76) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine beginnende mediale Gonarthrose links und eine mediale Restmeniskusläsion mit/bei Status nach partieller medialer Meniskektomie im Mai 2008 und Mai 2011, eine beginnende Gonarthrose rechts mit/bei Status nach partieller medialer Meniskektomie im Juni 2014 sowie eine monomelische Myathrophie des Unterschenkels rechts seit 2010 (S. 4). Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit beider Knie. Die zuletzt ausgeübte, überwiegend stehend und gehend zu verrichtende Tätigkeit im ... sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. Tätigkeiten im Wechselrhythmus zwischen Gehen, Stehen und Sitzen, alternativ überwiegend sitzend mit der Möglichkeit, nach etwa 30 Minuten die Körperposition zu verändern, seien angemessen. Sie könne leichte und mittelschwere Tätigkeiten in solchem Wechselrhythmus achteinhalb Stunden arbeitstäglich verrichten, ohne dass eine Minderung der Leistungsfähigkeit bestehe. Ferner sei darauf zu achten, dass nach Möglichkeit keine Tätigkeit auf Leitern / unebenem Grund oder im Knien / in der Hocke verrichtet werden müsse (S. 5).

3.3.5 Im Bericht des Spitals G. _____ vom 15. April 2015 (BB 18) wurden chronische Knieschmerzen beidseits diagnostiziert. Als Verdachtsdiagnose wurde ein Motoneuron/eine Vorderhornaffektion (am ehesten Status

nach Kinderlähmung) angegeben. Im Vergleich zur Voruntersuchung vor sechs Jahren zeige sich klinisch soweit ein stationärer Befund mit leichter Atrophie der rechten Wade und schwach auslösbarem ASR rechts. Die vormals angegebene Hypästhesie am dorsalen Unterschenkel rechts sei nun nicht mehr nachweisbar gewesen, dafür sei eine diskrete Seitendifferenz in der Sensibilitätsprüfung am Fussrücken beschrieben worden. Unter Berücksichtigung der ausführlichen elektrophysiologischen Abklärungen von 2009 sei am ehesten eine stattgehabte Kinderlähmung anzunehmen. Die Ursache der transienten akut aufgetretenen Missempfindungen und Schmerzen am rechten Arm mit begleitender Armschwäche bleibe unklar. Die chronischen Knieschmerzen seien primär auf eine Gelenksproblematik bei Status nach mehrfach operierten Knien beidseits zurückzuführen. Aus neurologischer Sicht könne bei fehlenden neuen Aspekten vorerst von weiterer Diagnostik abgesehen werden (S. 3).

3.3.6 Wie RAD-Arzt Dr. med. C. _____ im Bericht vom 30. Juni 2015 (in den Gerichtsakten) ausführte, würden die neu aufgetretenen Schmerzen im Ober- und Unterarm sowie die Gefühlsstörungen aus dem chronischen cervicovertebralen Syndrom resultieren und seien nicht weiter abklärungsbedürftig.

3.3.7 Gemäss dem Bericht von Dr. med. D. _____ vom 30. Juli 2015 (BB 17) werde die Arbeitsfähigkeit sowohl durch die Schwäche der rechten Körperseite als auch durch die chronischen Knieschmerzen beeinträchtigt (Ad 3). Die Versicherte sei vor allem eingeschränkt beim Stehen und Gehen. Ihr seien leichte Arbeiten zumutbar, die kein Heben und Tragen erfordern würden, sowenig wie längeres Stehen und Gehen. Dies müsste vorübergehend bei 50% erprobt werden.

Dr. med. D. _____ führte im Schreiben vom 11. August 2015 (BB 15) aus, die neurologische Seite der Versicherten sei ungenügend abgeklärt worden. Die ganze Problematik auf ein Cervicovertebralsyndrom reduzieren zu wollen, sei falsch. Seit Jahren habe sie über eine Schwäche der einen Körperseite geklagt.

3.3.8 Dr. med. C. _____ führte in der RAD-Stellungnahme vom 10. September 2015 (in den Gerichtsakten) aus, bei der Versicherten würden

sich klinisch kaum fassbare Defizite im Rahmen einer stattgehabten Kinderlähmung zeigen. Die Situation habe sich in den letzten sechs Jahren leicht verbessert, so dass sich aktuell nur noch Minimalbefunde nachweisen liessen. Neben den geringen neurologischen Einschränkungen im Bereich der unteren Extremitäten bestünden chronische Knieschmerzen, dies im Rahmen einer beginnenden Gonarthrose beidseits bei Status nach operativer Therapie beidseits (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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22

S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 23. April 2015 (act. IIA 78) im Wesentlichen auf den RAD-Bericht von Dr. med. C. _____ vom 13. Februar 2015 (act. IIA 76) gestützt. Im Beschwerdeverfahren reichte sie noch dessen Berichte vom 30. Juni 2015 und 10. September 2015 ein. Diese erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 3.4 hiavor) und überzeugen. Der RAD-Arzt hat sich in seinen Beurteilungen sorgfältig mit den in den medizinischen Akten hinreichend dokumentierten gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Er hat einleuchtend und nachvollziehbar begründet, dass die Beschwerdeführerin seit dem 4. Mai 2011 im gleichen Umfang in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist und sich die beklagten Einschränkungen nur auf die unteren Extremitäten beziehen, d.h. somit nur diesbezüglich eine Auswirkung auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit besteht. Eine Aktenbeurteilung war - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 3 f. Art. 3) - bei der gegebenen Situation zulässig, nachdem es lediglich um eine Würdigung eines bereits erstellten medizinischen Sachverhalts ging und von einer persönlichen Untersuchung keine neuen Erkenntnisse zu erwarten waren, weshalb auch und entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 5 Art. 6) keine weiteren Abklärungen indiziert sind. Daran vermögen die übrigen medizinischen Berichte in den Akten sowie die Einwendungen der Beschwerdeführerin - wie nachfolgend dargelegt - nichts zu ändern und begründen keine Zweifel an der Zuverlässigkeit der RAD-Berichte, deren Ergebnisse auch durch den Bericht des Spitals G. _____ vom 15. April 2015 (BB 18) bestätigt werden.

An der Schlüssigkeit der Ausführungen von Dr. med. C. _____ vermag der Bericht des behandelnden Hausarztes Dr. med. D. _____ vom 20. Juni 2014 (act. IIA 71) nichts zu ändern. Dass die Schmerzen im Ober- und

Unterarm sowie die Gefühlsstörungen nie abgeklärt worden wären (vgl. Beschwerde S. 4 Art. 4 und act. IIA 71), lässt sich anhand der Akten nicht bestätigen. Die damals von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wurden umfassend und bereits vor Erlass der Verfügung vom 5. Mai 2010 (act. II 46) abgeklärt (vgl. u.a. MEDAS-Gutachten vom 20. Januar 2010 [act. II 32]). Auch seit dem erneuten Leistungsbegehren 2013 wurde die Beschwerdeführerin umfassend neurologisch abgeklärt. So gab sie anlässlich der neurologischen Untersuchung am 31. März 2015 (BB 18) in des Spitals G. _____ an, dass es im Sommer 2014 zu akuten brennenden und elektrisierenden Schmerzen im rechten Arm gekommen sei, ausgehend von den Fingern der rechten Hand bis zum Oberarm ausstrahlend, begleitet von einer Schwäche des gesamten Armes. Während zweier Monate hätte sie den Arm nicht richtig belasten können, vor allem keine schweren Lasten tragen. Anschliessend sei es unter Physiotherapie zu einer Verbesserung der Kraft des rechten Armes gekommen. Anlässlich der Untersuchung vom März 2015 gab die Beschwerdeführerin nur noch bewegungsabhängige Schmerzen im rechten Oberarm an, vor allem bei Beugung des Ellbogens und Elevation des Arms. Nackenschmerzen oder vom Nacken ausstrahlende Schmerzen verneinte sie explizit (S. 2). Eine Ursache der aufgetretenen Missempfindungen und Schmerzen am rechten Arm mit begleitender Armschwäche konnte die G. _____ nicht eruieren (S. 3). Dass Dr. med. C. _____ diese Schmerzen und Gefühlsstörungen angesichts der Ergebnisse der neurologischen Abklärungen auf ein chronisches cervicovertebrales Syndrom zurückführt (vgl. Bericht vom 30. Juni 2015), ist nachvollziehbar. Was der behandelnde Hausarzt Dr. med. D. _____ hiergegen vorbringt, überzeugt nicht.

Was die weiteren Ausführungen von Dr. med. D. _____ betrifft, ist nicht überzeugend, wenn er einerseits im September 2013 die Arbeitsfähigkeit mit den Einschränkungen der unteren Extremitäten, dem chronischen lumbospondylogenen Syndrom, dem chronischen Cervicovertebralsyndrom sowie einer generalisierten muskulären Leistungsminderung begründet (act. II 57/1 Ad 3), ein Jahr später die Arbeitsfähigkeit nur noch auf die Schmerzen im Ober- und Unterarm sowie die Gefühlsstörungen zurückführt (act. IIA 71 Ziff. 2), während er am 10. Januar 2015 (BB 18) die Kniebeschwerden wiederum im Vordergrund sieht. Im Leistungsprofil schliesst

sich der Hausarzt im Wesentlichen demjenigen im früheren Bericht von PD Dr. med. F. _____ vom 12. November 2013 (act. IIA 63/13) an. Die von diesem attestierte 50%-ige Arbeitsunfähigkeit für leichtere Arbeiten mit wechselnder, sitzender und stehender Tätigkeit ohne grössere Gehleistungen und Zwangshaltungen und Tragen von Lasten (S. 15 Ziff. 6b) überzeugt nicht. PD Dr. med. F. _____ gab selbst an, ohne bildgebende Unterlagen sei eine Beurteilung schwierig (S. 14 Beurteilung). Er konnte denn auch nur Verdachtsdiagnosen stellen (Ziff. 3). Zudem beklagte sich die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung nur über Knieschmerzen. Sie zeigte kein Schonhinken, gebrauchte keinen Stock und war offensichtlich nicht auf dauernde Analgetikaeinnahme angewiesen (S. 13). Gestützt auf diese Umstände lässt es sich aus orthopädischer Sicht nicht begründen, warum in einer angepassten Tätigkeit leichten Grades mit vorwiegend sitzender Aktivität eine 50%-ige Reduktion des Pensums resp. der Leistungsfähigkeit resultieren sollte. Wie Dr. med. C. _____ am 30. Juni 2015 überzeugend ausführte, spricht zudem die Tatsache, dass die von PD Dr. med. F. _____ empfohlene bildgebende Abklärung mittels MRI mit anschliessender Vorstellung der Beschwerdeführerin in der orthopädischen Sprechstunde bis anhin nicht stattgefunden hat zusammen mit dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin nicht auf eine Analgetikaeinnahme angewiesen ist, gegen einen hohen Leidensdruck von Seiten der Kniegelenksproblematik (S. 2).

4.

Bei der ursprünglichen Verneinung des Anspruchs auf eine Rente im Mai 2010 (act II 46) lagen keine relevanten internistischen und psychiatrischen Beeinträchtigungen vor. Gleich verhält es sich im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung im April 2015 (act. IIA 78). Aus neurologischer Sicht ist seit Mai 2010 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten, dies obwohl im Mai 2011 das linke (act. IIA 63/18) und im Juni 2014 das rechte Knie (act. IIA 73.2/4) operiert wurde. So zeigte das MRI des linken Kniegelenks im November 2013 (act. IIA 63/11), d.h. rund zweieinhalb Jahre nach dem zweiten operativen Eingriff, im Vergleich zur Voruntersuchung von 2010 (act. IIA 63/23) im Wesentlichen unveränderte

Verhältnisse. Auch was das rechte Knie betrifft, ist keine Veränderung, insbesondere keine Verschlechterung eingetreten, gab die Beschwerdeführerin anlässlich der ambulanten neurologischen Untersuchung im Spital G._____ am 31. März 2015 (act. BB 18) doch diesbezüglich keinerlei Beschwerden an. Was die neurologische Seite betrifft, ist keine Veränderung eingetreten: der Bericht des Spitals G._____ spricht von stationären Verhältnissen im Vergleich zur Voruntersuchung vor sechs Jahren, insbesondere sei die Problematik im rechten Arm eher abgeklungen bzw. habe sich sogar leicht verbessert. Diese Beurteilung der Fachklinik überzeugt und es ist darauf abzustellen. Der RAD-Bericht vom 10. September 2015 übernimmt diese Einschätzung des Spitals G._____ zu Recht.

Zusammenfassend ergibt sich, dass sich seit der Verfügung vom 5. Mai 2010 (act. II 46) der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht wesentlich verändert hat. Die von PD Dr. med. F._____ und vom Hausarzt Dr. med. D._____ attestierten Arbeitsunfähigkeiten in angepasster Tätigkeit sind als andere Einschätzungen des unveränderten Sachverhalts einzustufen, die nicht begründet sind. Da zudem keine Veränderungen in den erwerblichen Verhältnissen vorliegen, hätte die Beschwerdegegnerin auf den Einkommensvergleich verzichten können. Dass sie dies trotzdem gemacht hat, schadet der angefochtenen Verfügung jedoch nicht. Weiterungen zu den von der Beschwerdeführerin am Rande angesprochenen Eingliederungsmassnahmen (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 7) sind nicht angezeigt, zumal darüber bislang nicht verfügt wurde.

5.

Aufgrund des Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 23. April 2015 (act. IIA 78) als rechtens und die dagegen erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 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. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese sind dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe zu entnehmen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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