

200 15 516 IV  
FUR/GET/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. August 2016**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Germann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Mai 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die ... geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdegegnerin) arbeitete seit 1997 im C.\_\_\_\_\_ als ..., zuletzt – bis zu ihrer gesundheitsbedingten Kündigung Ende Dezember 2010 – im Rahmen eines 50%-Pensums (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 13; 76 S. 39). Im April 2010 meldete sie sich unter Hinweis auf seit Januar 2008 bestehende chronische Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS) und den Beinen, starken Bewegungs- und Belastungseinschränkungen sowie einer hohen Medikamentierung mit Fahruntauglichkeit bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (act. II 2). Die IVB tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen; insbesondere veranlasste sie in der MEDAS D.\_\_\_\_\_ eine polydisziplinäre Begutachtung (Expertise vom 16. Dezember 2010 [act. II 23.1 ff.]). Nachdem sie im Vorbescheidverfahren eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) eingeholt hatte, verneinte die IVB mit Verfügung vom 18. April 2011 (act. II 31) einen Anspruch auf Leistungen der IV mit der Begründung, es liege keine Behinderung mit Krankheitswert im Sinne der Invalidenversicherung vor. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 35) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern (nachfolgend Verwaltungsgericht) mit unangefochten gebliebenem Urteil vom 11. April 2012 ab (VGE IV/2011/514 [act. II 38]).

### **B.**

Mit Schreiben vom 30. April 2014 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Neuropathie erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 45). Die IVB veranlasste bei Dr. phil. E.\_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP (RAD), eine Untersuchung (Untersuchungsbericht vom 26. September 2014 [act. II 57]) und holte bei med. pract. H.\_\_\_\_\_, Praktische Ärztin, RAD, einen ärztlichen Bericht ein (act. II 58). Ferner liess sie durch ihren Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt erstellen (act. II 64). Mit Vorbescheid vom 24. Februar 2015 (act.

II 65) stellte die IVB der Versicherten bei einem nach Massgabe der gemischten Methode (Erwerb: 80%; Haushalt: 20%) ermittelten Invaliditätsgrad von 34% die Ablehnung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwand (act. II 68), woraufhin die IVB einen IK-Auszug (act. II 69) sowie eine Stellungnahme ihres Abklärungsdienstes einholte (act. II 73). Am 7. Mai 2015 (act. II 74) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

### C.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 3. Juni 2015 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 7. Mai 2015 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Rentenleistungen, ab wann rechtens, zzgl. gesetzlichem Verzugszins, auszurichten.
2. Eventualiter: Die Streitsache sei zu ergänzenden Abklärungen und zum Neuentscheid über die Rente an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

In der Begründung macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, bei der Formulierung des Zumutbarkeitsprofils falle auf, dass dieses tel quel vom MEDAS-Gutachten vom 16. Dezember 2010 übernommen worden sei. Einzig mit Gewährung der Leistungseinschränkung sei der neu festgestellte neurologische Gesundheitsschaden gewürdigt worden, trotz der Empfehlung von Dr. phil. E. \_\_\_\_\_, zur Würdigung der medizinischen Gesamtsituation eine gesamtmedizinische Einschätzung zu veranlassen. Im Übrigen sei die Unzumutbarkeit der angestammten Tätigkeit in früheren Arztberichten bestätigt worden. Somit könne auf das im MEDAS-Gutachten formulierte Tätigkeitsprofil nicht abgestellt werden, da dieses in Unkenntnis der neurologischen und neuropsychologischen Diagnose erstellt worden sei.

Mit weiterer Eingabe vom 2. Juli 2015 verweist die Beschwerdeführerin auf die mit BGE 141 V 281 geänderte Schmerzrechtsprechung und ersucht das

Gericht, die Beschwerde auch unter dem Aspekt zu prüfen, ob die vorhandenen Abklärungen genügten, eine schlüssige Beurteilung der Indikatoren vorzunehmen.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. August 2015 stellt die Beschwerdegegnerin die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Beschwerde sei teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei eine Viertelsrente ab 1. Mai 2014 zuzusprechen.
3. Der Beschwerdeführerin sei eine Parteientschädigung auszurichten.
4. Die Verfahrenskosten seien der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

In der Begründung macht die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen geltend, aus dem Schreiben von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH vom 30. Mai 2013 gehe eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Sinne von vermehrten Schmerzen hervor, weshalb ab diesem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit gemäss neuem Zumutbarkeitsprofil bestehe und der Versicherungsfall am 30. Mai 2014 eingetreten sei. Weiter liege gemäss Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 11. April 2014 mit der Small Fiber Neuropathie gegenüber dem MEDAS-Zusatzgutachten von 2010 eine neurologische Diagnose vor, welche die Schmerzen der Beschwerdeführerin erklären könnten.

Mit Replik vom 10. September 2015 hält die Beschwerdeführerin an ihren beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren sowie an den mit Bezug auf das Invalideneinkommen vorgebrachten Standpunkten fest.

Mit Duplik vom 14. Oktober 2015 hält die Beschwerdegegnerin an ihren Ausführungen und Anträgen in der Beschwerdeantwort vom 5. August 2015 fest.

**D.**

Am 16. August 2016 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 (VRPG; BSG 155.21) statt.

**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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 7. Mai 2015 (act. II 74). 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**

**2.1.1** 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.1.2** Rechtsprechungsgemäss besteht zwischen ärztlich gestellten Diagnosen und Arbeitsunfähigkeit – und zwar sowohl bei somatisch dominierten als auch bei psychisch dominierten Leiden – keine Korrelation. Vielmehr sind die funktionellen Auswirkungen der Beschwerden für die Belange der Invalidenversicherung entscheidend (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Januar 2016, 9C\_430/2015, E. 5.2).

**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**

**2.3.1** Tritt die Verwaltung auf eine Neuanschuldung 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).

**2.3.2** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; AHI 1997 S. 288 E. 2b).

Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12).

**2.3.3** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – 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).

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

### **3.**

**3.1** Mit Verfügung vom 18. April 2011 (act. II 31) verneinte die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch mit der Begründung, es liege keine Invalidität im Rechtssinne vor, was mit VGE IV/2011/514 vom 11. April 2012 bestätigt wurde (act. II 38). Damit liegt mit Bezug auf den vorliegend streitigen Rentenanspruch (vgl. E. 1.2 vorne) eine Neu Anmeldung vor. Die Verwaltung ist auf die Neu Anmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Während die Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. Mai 2015 (act. II 74) einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 34% noch verneint hat, beantragt sie in ihrer Beschwerdeantwort vom 5. August 2015 nunmehr die Ausrichtung einer Viertelsrente ab Mai 2014, wohingegen die Beschwerdeführerin eine halbe Rente verlangt.

Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügungen vom 18. April 2011 und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 7. Mai 2015 (vgl. E. 2.4.4 vorne).

**3.2** Bei Erlass der Verfügung vom 18. April 2011 präsentierten sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit wie folgt:

**3.2.1** Im neuropsychologischen Funktionsprofil der ... vom 25. und 31. Mai 2010 (act. II 17 S. 8 ff.) wurde ein leicht- bis mittelgradiges kognitives Defizit (ca. 40%) festgestellt (S. 9). Als der beschriebenen Symptoma-

tik zugrunde liegende Faktoren könne primär das chronische Schmerzsyndrom genannt werden; dies dürfte allerdings auch durch die Medikation und deren Nebenwirkungen bzw. Interaktionen deutlich überlagert und somit verstärkt worden sein (S. 10).

**3.2.2** Im mit VGE IV/2011/514 E. 3.3 (act. II 38 S. 10) als voll beweiskräftig beurteilten MEDAS-Gutachten vom 16. Dezember 2010 (act. II 23.1 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 17):

**Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

Keine

**Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

1. Rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei Fehlstatik, Haltunginsuffizienz, muskulärem Hartspann und verschmächtinger Rumpfmuskulatur. Radiologisch sind degenerative Veränderungen der unteren Halswirbelsäule sowie der oberen Lendenwirbelsäule bekannt. Kein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit
2. Beschwerden am linken Unterarm und Beschwerden beider Oberschenkel finden klinisch nicht ihr Korrelat
3. Fehl- und Überlastung des Bewegungsapparates bei Übergewicht von mehr als 20 kg
4. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel links
5. Hypertonie, medikamentös behandelt
6. Unklare Darmentleerungsstörungen

Die Beschwerdeführerin gebe an, insbesondere an Schmerzen in beiden Beinen innen- und aussenseitig sowie in den Waden zu leiden. Die Nachtruhe sei gut und ohne Schmerzen. Diese begännen nach dem Frühstück und der Morgentoilette (S. 12). In der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, von internistischer Seite ergebe sich keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: Wünschenswert wäre eine Gewichtsreduzierung, welche möglicherweise zu einer Besserung der arteriellen Hypertonie führen würde. Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht habe keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit erhoben werden können. Bei der körperlichen Untersuchung des Bewegungsapparats hätten sich weitgehend altersentsprechende Befunde der grossen/kleinen Gelenke der oberen/unteren Extremitäten ergeben. Die Wirbelsäule zeige endphasige Funktionseinschränkungen, diese fänden radiologisch ihr Kor-

relat in degenerativen Veränderungen, welche das altersübliche Mass jedoch nicht wesentlich überschritten. Dehnungsschmerzen fänden sich nicht, ebenso bestünden keine Hinweise auf eine Epicondylitis humeri ulnaris oder ein Nervus ulnaris-Syndrom links. Die geklagten Beschwerden im linken Unterarm und in beiden Oberschenkeln fänden kein klinisches oder radiologisches Korrelat (S. 18). Ferner ergebe sich die Indikation zu einer deutlichen Gewichtsreduzierung mit vermehrter körperlicher Aktivität (S. 19).

Im neurologischen Zusatzgutachten wurde insbesondere festgehalten, aufgrund des Reflexstatus und der noch erhaltenen Vibrationsempfindung sei eine Polyneuropathie zum jetzigen Zeitpunkt unwahrscheinlich als Ursache für die Beschwerden. Im Vordergrund stehe ein Schmerzsyndrom sowie vegetative und sensible Störungen, welche nicht eindeutig peripher oder radikulär zugeordnet werden könnten (act. II 23.2 S. 7).

Prinzipiell könne die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... auch weiterhin in vollem Umfang verrichtet werden, allerdings sollte ein neuer Arbeitsplatz besser auf die Beschwerden zugeschnitten sein als zuletzt. Zumutbar wären Stationen mit geringerer körperlicher Belastung, so Betreuung in einem Seniorenstift ohne Pflege oder Abteilungen wie Geburtshilfe etc. Bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ergebe sich für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten, die bevorzugt aus wechselnder Ausgangslage verrichtet werden könnten, ein vollschichtiges Arbeitsvermögen (act. II 23.1 S. 19). Zeitlich zumutbar seien 8.5 Stunden pro Arbeitstag, wobei eine verminderte Leistungsfähigkeit von 20% bis zu einer Gewichtsabnahme von 10 kg bestehe (S. 20).

**3.3** Für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung vom 18. April 2011 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. Mai 2015 ergeben die Akten mit Bezug auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen das folgende Bild:

**3.3.1** Mit Bericht vom 30. Mai 2013 (act. II 83 S. 16 ff.) diagnostizierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ Beinschmerzen unklarer Ursache, DD Restless legs Syndrom, Vitamin B12-Mangel und anderes. Weiter hielt er fest, die Beschwerden hätten sich weiter akzentuiert und seien nun auch während des

Tages vorhanden. Zur Schmerzverstärkung komme es im Anschluss an körperliche Belastungen, das Gehen bringe aber eher eine Erleichterung, schlimm sei das auf der Stelle stehen. Die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann verneinten eine psychische Belastungssituation ausserhalb der Schmerzen (S. 16).

Am 7. November 2013 (act. II 83 S. 10 f.) berichtete Dr. med. F. \_\_\_\_\_, der Befund der durchgeführten Hautbiopsie würde die differenzialdiagnostische Möglichkeit einer Small Fiber Neuropathie stützen. Es möge sich aber auch um einen koinzidentiellen Befund handeln.

Mit Bericht vom 17. Dezember 2013 (act. II 83 S. 8 f.) diagnostizierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ eine Small Fiber Neuropathie idiopathischer Ursache. Kausale Therapiemöglichkeiten beständen entsprechend nicht.

Mit zu Händen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin erstelltem Bericht vom 11. April 2014 (act. II 43) hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, die „Small Fiber Neuropathie“ stelle eine Sonderform der Polyneuropathien dar, welche ausschliesslich die Nervenfasern betreffen, welche Schmerz- und Temperaturwahrnehmung vermittelten, sowie die sogenannten vegetativen Nervenfasern, welche die Organe wie Magen und Darmtrakt ansteuerten. Die Diagnose einer Small Fiber Neuropathie sei typischerweise eine schwierige, da klinische Untersuchung und auch elektrophysiologische Messungen (Neurographien) Normalbefunde ergäben. Der Goldstandard zur Diagnose einer Small Fiber Neuropathie sei heutzutage die Durchführung einer Hautbiopsie, welche bei der Beschwerdeführerin pathologisch ausgefallen sei (vgl. act. II 54 S. 2). Der Befund stütze also die Diagnose der Small Fiber Neuropathie. Gegenüber dem neurologischen Zusatzgutachten Anfang 2010 finde sich nun also eine neurologische Diagnose, welche die Schmerzen erklären könne. Vor diesem Hintergrund müsste also die Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus neurologischer Sicht reevaluiert werden. Schwieriger zu beantworten sei die Frage, inwieweit diese Neuropathie die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränke. Es möge auch die Diskussion aufkommen, ob die Schmerzen alleine durch die Small Fiber Neuropathie erklärt seien oder ob noch ausserhalb der Neurologie befindliche Faktoren eine Rolle spielten. Eine Small Fiber Neuropathie verursache Schmerzen, führe aber nicht direkt zu neu-

ropsychologischen Einschränkungen, da das Gehirn von dieser Erkrankung ausgespart sei. Die durch eine Small Fiber Neuropathie verursachten Schmerzen könnten aber sehr wohl zu neuropsychologischen Einschränkungen führen, auch die medikamentöse Behandlung von Schmerzen könne zu neuropsychologischen Einschränkungen führen. Das Ausmass der Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit könne anhand einer neuropsychologischen Untersuchung objektiviert werden.

**3.3.2** Im zu Händen der Beschwerdegegnerin erstellten neuropsychologischen Bericht vom 26. September 2014 (act. II 57) diagnostizierte Dr. phil. E. \_\_\_\_\_ (RAD) leichte bis mittelschwere kognitive Minderfunktionen, wahrscheinlich gemischter Ätiologie (Schmerzmedikation, Schmerzsyndrom, Erschöpfung) mit leicht- bis mittelgradig reduzierten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen, diskreten exekutiven Minderfunktionen (Arbeitsgedächtnis) sowie erhöhter mentaler Ermüdbarkeit (S. 6). Weiter hielt er fest, die Beschwerdeführerin habe gemäss eigenen Angaben immer Schmerzen in beiden Beinen, sowohl in den Ober- als auch in den Unterschenkeln. Die Schmerzen halte sie nur dank den Medikamenten aus. Ausser den Schmerzen in den Beinen habe sie keine weiteren körperlichen Beschwerden. Die psychische Verfassung hänge davon ab, wie es ihr körperlich gehe. Wenn sie Schmerzen habe, gehe es ihr auch psychisch nicht gut. Gehe es ihr körperlich gut, sei auch die psychische Verfassung besser. Sie fühle sich nicht depressiv. Aktuell mache sie keine Therapien. Physiotherapie habe sie seit zwei Jahren keine mehr (S. 3).

In der Beurteilung hielt Dr. phil. E. \_\_\_\_\_ fest, wie bereits in der neuropsychologischen Untersuchung an der Schmerzklinik ... im Mai 2010 ergäben die Befunde zusammen leichte bis mittelschwere kognitive Minderfunktionen. Dabei falle als Hauptsymptom eine Verlangsamung des kognitiven Tempos auf. Dies zeige sich am deutlichsten bei den Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen. Zwar würden rein qualitativ uneinträchtigte bis höchstens leicht verminderte Leistungen erbracht, doch sei die kognitive (S. 5) Verarbeitungsgeschwindigkeit je nach Aufgabe leicht bis teilweise stark verlangsamt. Im Vergleich zur Voruntersuchung präsentierten sich die Exekutivfunktionen leicht besser. Auf Verhaltensebene im-

poniere eine allgemein verminderte Belastbarkeit und Ausdauer mit einer im Untersuchungsverlauf über dreieinhalb Stunden deutlich zunehmenden mentalen Ermüdung. Als Hauptursachen für die allgemeine kognitive Verlangsamung und die verminderte Belastbarkeit ständen das chronische Schmerzsyndrom und die dämpfende Wirkung der Schmerzmedikation im Vordergrund. Die Small Fibre Neuropathie komme als direkte Ursache nicht in Frage, da sie das Gehirn selber nicht affiziere. Die Auswirkungen der neuropsychologischen Minderfunktionen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe primär in einer allgemeinen Verlangsamung der Arbeitsabläufe und einer erhöhten Fehleranfälligkeit im Falle von Überlastung. Aufgrund dieser Einschränkungen könne die Beschwerdeführerin nicht unter Zeitdruck oder in einer hektischen Arbeitsumgebung arbeiten. Auch müsse sie die Möglichkeit haben, während der Arbeit immer wieder Pausen machen zu können. Allein aus neuropsychologischer Sicht ergebe sich in Anlehnung an G.\_\_\_\_\_ -Tabelle 8 bei einem 100%-Pensum eine Leistungseinschränkung von mindestens 30% für jegliche Tätigkeit. Die versicherungsmedizinische Würdigung der medizinischen Gesamtsituation liege jedoch nicht in der Kompetenz der Neuropsychologie, sondern müsse unter Einbezug des Schmerzsyndroms, der Nebenwirkungen der Schmerzmedikation, der erhöhten Ermüdbarkeit und der allgemein verminderten Belastbarkeit durch eine gesamtmedizinische Einschätzung erfolgen (S. 6).

**3.3.3** Mit ärztlichem Bericht vom 29. September 2014 (act. II 58) hielt med. pract. H.\_\_\_\_\_ (RAD) als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Small Fibre Neuropathie fest (S. 3). Entsprechend dem aktuellen neuropsychologischen Befund sei das von den Gutachtern im Dezember 2010 definierte Zumutbarkeitsprofil anzupassen, wobei die Einschränkungen von Seiten der Adipositas nicht übernommen würden, da diese versicherungsmedizinisch keine Relevanz hätten. Die Beschwerdeführerin könne in ihrem Beruf als ... weiterhin erwerbstätig sein, jedoch auf Stationen mit geringerer körperlicher Belastung. Zu denken wäre an die Betreuung in einem Seniorenstift ohne Pflege, oder auf Abteilungen wie Geburtshilfe etc. Bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ergebe sich für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten, die bevorzugt aus wechselnder Ausgangslage verrichtet werden könnten, ein vollschichtiges Arbeitsvermögen an 8,5 Stunden pro Tag mit einer

Leistungseinschränkung von 30 bis 40%. Aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen sollte die Beschwerdeführerin nicht unter Zeitdruck oder in einer hektischen Arbeitsumgebung arbeiten. Auch müsse sie die Möglichkeit haben, während der Arbeit immer wieder Pausen machen zu können (S. 4).

**3.3.4** Mit Bericht vom 30. Dezember 2014 (act. II 83 S. 5 ff.) hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, insgesamt sei der Verlauf innerhalb des letzten Jahres fluktuierend gewesen, wobei subjektiv wahrscheinlich die Beschwerden an den unteren Extremitäten etwas zugenommen hätten mit vermehrten Muskelkrämpfen an den Oberschenkeln. Darüber hinaus beständen verschiedenartige Beschwerden, welche sich schlecht zuordnen liessen. Die Anamnese ergebe Hinweise auf eine latente Gemütskrankung. Ein MRI des Schädels sei 2013 unauffällig gewesen. Im Labor ergäben sich keine wegweisenden Befunde, keine Hinweise auf ein paraneoplastisches, immunologisches oder infektiöses Geschehen. Visuell evozierte Potentiale und EEG zeigten ebenfalls unauffällige Befunde. Er habe seine Vermutung einer gemütsbedingten Beschwerdeaggravation mit der Beschwerdeführerin besprochen, welches vom Ehemann unterstützt werde. Die Beschwerdeführerin möchte aber nur ungern mehr Medikamente nehmen (S. 6).

**3.3.5** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, RAD, hielt mit Bericht vom 28. Juli 2015 (act. II 82 S. 3 ff.) fest, eine Small Fibre Neuropathie könne schmerzhaft sein. Die Ursachenabklärung und probatorischen Therapien hätten keinen richtungsweisenden Befund ergeben, so dass eine idiopathische Genese anzunehmen sei. Eine ausgebaute Therapie mit schmerzdistanzierenden Substanzen sowie mit Lyrica und Opiaten sei eingeleitet worden, ohne durchschlagenden Erfolg. Darüber hinaus hätten sich bei der Beschwerdeführerin Symptome entwickelt, welche sich schlecht zuordnen liessen. Wie der behandelnde Neurologe auch dargelegt habe, könne die Small Fibre Neuropathie sekundär über die Schmerzen und Nebenwirkung der Schmerztherapie zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit führen. Überwiegend wahrscheinlich hätte die Diagnose einer Small Fibre Neuropathie bereits vor dem 18. April 2011 gestellt werden können. Sodann gehe aus den Unterlagen hervor, dass sich die Schmerzen verschlechtert hätten mit Übergang von Nachtschmerzen auf Schmer-

zen während des Tages. Qualitativ hätten sich diese Symptome nicht verändert, jedoch offenbar quantitativ. Parallel dazu sei eine Zunahme des Gesundheitsschadens seit April 2011 also durchaus möglich (S. 4).

### **3.4**

**3.4.1** Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283).

**3.4.2** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**3.4.3** 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).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Auf das Ergebnis von RAD-Berichten kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Entscheid des BGer vom 3. Oktober 2014, 8C\_197/2014, E. 4.2).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 7. Mai 2015 wie auch im Rahmen ihres in der Beschwerdeantwort vom 5. August 2015 gestellten Rechtsbegehrens für die Beurteilung der Invalidität im Erwerbsbereich auf die Einschätzung von med. pract. H. \_\_\_\_\_ vom 29. September 2014 (act. II 58 S. 4) ab, welche ihrerseits ausschliesslich auf jener von Dr. phil. E. \_\_\_\_\_ im Untersuchungsbericht vom 26. September 2014 fusst (vgl. act. II 74; 64 S. 9). Dieser attestierte allein aus neuropsychologischer Sicht – in Anlehnung an die Tabelle 8 der G. \_\_\_\_\_ – für die leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Dysfunktionen für jegliche Tätigkeit bei einem 100%-Pensum eine mindestens 30%ige Leistungseinschränkung, hielt aber einschränkend fest, die versicherungsmedizinische Würdigung der medizinischen Gesamtsituation liege nicht in der Kompetenz der Neuropsychologie, sondern müsse unter Einbezug des Schmerzsyndroms, der Nebenwirkungen der Schmerzmedikation, der erhöhten Ermüdbarkeit und der allgemein verminderten Belastbarkeit durch eine gesamtmedizinische Einschätzung erfolgen (act. II 57 S. 6). Damit trug Dr. phil. E. \_\_\_\_\_ dem Umstand Rechnung, dass es die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht vermag, selbstständig die Beurteilung der Genese eines Gesundheitsschadens vorzunehmen (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Februar 2007, U 196/06, E. 4). Gleiches muss folglich auch mit Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gelten, zumal die rechtlichen Grundlagen für deren

Beurteilung – je nach Ursache der zugrunde liegenden Beschwerden – unterschiedlichen Regeln folgt (vgl. etwa BGE 141 V 281).

Es ist unbestritten, dass vorliegend ausser der neuropsychologischen keine weitere Begutachtung respektive Untersuchung erfolgte. Wohl hat der behandelnde Neurologe Dr. med. F.\_\_\_\_\_ die Diagnose einer Small Fibre Neuropathie gestellt, welche seit ihrer erstmaligen Erwähnung in dessen Bericht vom 17. Dezember 2013 (act. II 83 S. 8) unwidersprochen blieb. Indessen wurde bisher weder abgeklärt noch lässt sich aufgrund der Akten die Frage zuverlässig beurteilen, ob die Beschwerden durch diese im Rahmen des MEDAS-Gutachtens vom 16. Dezember 2010 unbestrittenermassen noch nicht gestellte Diagnose (vgl. act. II 23.1 S. 17; 23.2 S. 7) hinlänglich erklärt werden können und inwieweit hierdurch respektive infolge der dadurch verursachten (und invalidenversicherungsrechtlich einzig massgeblichen [vgl. E. 2.1.2 vorne]) Funktionseinschränkungen die Arbeits- und Leistungsfähigkeit effektiv beeinflusst wird. So hielt denn auch Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, es „mag die Diskussion aufkommen, ob die Schmerzen alleine“ durch die Small Fibre Neuropathie erklärt seien (act. II 43 S. 1) bzw. dass „verschiedenartige Beschwerden“ beständen, welche sich schlecht zuordnen liessen (act. II 83 S. 6). Vor diesem Hintergrund genügt die allein neuropsychologische Abklärung des medizinischen Sachverhalts nicht. Dies umso weniger, als sich Dr. phil. E.\_\_\_\_\_ bei der Einschätzung der Leistungseinschränkung einzig auf die Tabelle 8 der G.\_\_\_\_\_ für die Beurteilung des Integritätsschadens bei Hirnfunktionsstörungen nach Hirnverletzung abstützte. Denn unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit stets eine (konkrete) Plausibilisierung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen voraus (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297). Demgegenüber wird der (allein unfallversicherungsrechtliche) Integritätsschaden abstrakt und egalitär bzw. bei gleichem medizinischen Befund für alle Versicherten gleich bemessen, weshalb dessen Höhe nicht auf eine geltend gemachte Arbeits- und Leistungsunfähigkeit übertragen werden kann. In Anbetracht dessen bleibt schliesslich auch offen, ob mit Bezug auf den Gesundheitszustand überhaupt ein Revisionsgrund ausgewiesen ist, zumal

eine neue Diagnose für sich allein noch keinen Revisionsgrund darstellt (vgl. E. 2.3.2 vorne) und bereits im Mai 2010 ein leicht- bis mittelgradiges neuropsychologisches Defizit festgestellt worden ist, womit – aus isoliert neuropsychologischer (indes beweismässig nicht abschliessender) Sicht – für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung vom 18. April 2011 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. Mai 2015 keine Änderung eingetreten wäre (vgl. act. II 17 S. 8 ff.).

Indem die Beschwerdegegnerin nach Vorliegen des neuropsychologischen Untersuchungsberichts und entgegen der Anregung des RAD-Fachpsychologen auf weitere fachmedizinische Abklärungen verzichtet hat, verletzte sie demnach den Untersuchungsgrundsatz (vgl. E. 3.4.1 vorne). Zwar holte sie einen ärztlichen Bericht von der Allgemeinärztin med. pract. H. \_\_\_\_\_ ein. Dieser stützt sich jedoch ausschliesslich auf die nach dem Dargelegten für eine abschliessende Beurteilung nicht ausreichenden Einschätzungen von Dr. phil. E. \_\_\_\_\_, weshalb auch dieser Bericht den beweismässigen Anforderungen nicht genügt. Nichts anderes gilt mit Bezug auf die Stellungnahme von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 28. Juli 2015 (act. II 82 S. 3 ff.), welche zwar über einen neurologischen Facharztstitel verfügt, indes ihrerseits keine eigene Untersuchung vorgenommen hat.

**3.6** Aus dem Dargelegten folgt, dass sich die vorliegenden medizinischen Berichte vorab hinsichtlich der Frage nach den Ursachen der Beschwerden sowie deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bis zum massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. Mai 2015 als nicht vollständig erweisen. Zwar liegt mit der erstmals am 17. Dezember 2013 gestellten Diagnose einer Small Fibre Neuropathie (act. II 83 S. 8) gegenüber dem MEDAS-Gutachten von 2010 eine neue und potentiell leistungsrelevante (medizinische) Tatsache vor. Ob diese jedoch auch geeignet ist, den Rentenanspruch zu berühren und damit einen Revisionsgrund darstellt (vgl. E. 2.3.2 vorne), lässt sich anhand der vorliegenden Unterlagen nicht zuverlässig beurteilen und bedarf – entsprechend dem Eventualantrag in der Beschwerde vom 3. Juni 2015 – weiterer medizinischer Abklärung. Indem die Zuordnung der Beschwerden im vorliegenden Fall aktenkundig Probleme bereitet (vgl. etwa act. II 83 S. 6), wird die Beschwerdegegnerin eine interdisziplinäre Begutachtung zu

veranlassen haben, wobei – mit Blick auf die nach Aktenlage im Zentrum stehende Diagnose einer Small Fibre Neuropathie – insbesondere die neurologische Fachrichtung zu berücksichtigen sein wird.

**3.7** Zusammenfassend ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 7. Mai 2015 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfüge.

#### **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. 700.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

#### **4.2**

**4.2.1** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

**4.2.2** Mit am 21. Oktober 2015 eingereichter und nicht zu beanstandender Kostennote hat Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ ein Honorar von Fr. 3'562.50 (14.25 Stunden à Fr. 250.--) sowie Auslagen von Fr. 182.60 und die Mehrwertsteuer (MWSt) von Fr. 299.60 geltend gemacht. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 4'044.70 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. Mai 2015 aufgehoben und die Akten werden an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Rentenanspruch neu verfüge. Soweit weitergehend, wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 700.-- wird der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'044.70 (inkl. Auslagen und MWSt), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.