

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 9. Juni 2016 abgewiesen (8C\_95/2016).

**200 15 651 IV**  
KOJ/SCC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 10. Dezember 2015**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. Juni 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1960 in ... geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) heiratete im Jahr 1990 in ... einen Schweizer und reiste im Jahr 1994 in die Schweiz ein. Die Ehe wurde im Jahr 1995 geschieden (Dossier der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 1; 7 S. 5; 10 S. 15).

Nach einem Unfall (Folge: Tibiaplateaufraktur; AB 10 S. 15; 18 S. 3) meldete sich die Versicherte am 11. März 2002 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle Bern (IVB) an (AB 1). Mit Verfügung vom 24. August 2004 sprach die IVB der Versicherten ab dem 1. Dezember 2001 bis zum 31. Dezember 2002 eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % und ab dem 1. Januar 2003 auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 47 % eine halbe Härtefallrente zu (AB 37 S. 11 ff.). Mit Entscheid vom 12. Oktober 2004 hiess die IVB die dagegen erhobene Einsprache insoweit gut, als dass sie weitere Abklärungen vornehmen liess (AB 41). Im Rahmen der Abklärungen holte die IVB u.a. Gutachten der Dres. med. C. \_\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Rheumatologie (rheumatologisches Gutachten vom 2. April 2008 [AB 122]), und D. \_\_\_\_\_, Psychiatrie Psychotherapie FMH (psychiatrisches Gutachten vom 5. Mai 2008 [AB 121]), sowie ihre interdisziplinäre Beurteilung vom 5. Mai 2008 (AB 121 S. 16 f.) ein.

Am 25. Februar 2009 verfügte die IVB die Abweisung des Rentenbegehrens (AB 133). Diese Verfügung hob sie am 9. März 2009 aufgrund eines Fehlers in der Stellungnahme zur Anhörung (AB 135) wieder auf. Am 3. Juni 2009 erliess die IVB eine Verfügung (AB 140), welche sie später wieder annullierte und mit der Verfügung vom 11. Juni 2009 ersetzte (AB 142). Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens gegen die Verfügungen vom 3. und 11. Juni 2009 (Beschwerde: AB 145) zog die IVB diese in Wiedererwägung (AB 148, 149). Mit Urteil des Einzelrichters vom 3. August 2009 wurde das Beschwerdeverfahren als gegenstandslos geworden abgeschlossen (AB 152). Mit Verfügung vom 1. Februar 2010 wies die IVB einen Rentenanspruch ab (AB 162).

Die hiergegen erhobene Beschwerde vom 1. März 2010 hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 5. August 2010 (IV/2010/264) in dem Sinne gut, als dass die Verfügung vom 1. Februar 2010 aufgehoben und festgestellt wurde, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung vom 1. Dezember 2001 bis zum 31. Dezember 2002 habe; danach bestehe kein Anspruch auf eine Rente mehr (AB 169).

## **B.**

Im Januar 2013 meldete die Versicherte zusammen mit dem Hausarzt eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (AB 185); dazu wurden Berichte der E. \_\_\_\_\_ vom 9. November 2012 (AB 227 S. 27 ff.) und der Klinik F. \_\_\_\_\_ des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 13. März 2012 (AB 227 S. 21 ff.) eingereicht (AB 184). Am 20. März 2013 meldete sich die Versicherte neu an (AB 189). Im Rahmen der Abklärung wurde eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung bei Dr. med. D. \_\_\_\_\_ veranlasst (psychiatrisches Gutachten vom 11. Dezember 2013 [AB 209.1]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 211) verfügte die IVB am 19. Februar 2014 die Abweisung des Leistungsbegehrens (AB 213). Hiergegen erhob die Versicherte am 17. März 2014 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde (AB 219). Mit Ergänzung der Beschwerde vom 21. Mai 2014 reichte die Rechtsvertreterin der Versicherten, Advokatin B. \_\_\_\_\_, u.a. einen Bericht des Hausarztes vom 26. März 2014 (AB 227 S. 31 f.) ein. Nach Einholung einer Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 230) verfügte die IVB am 27. Juni 2014 (AB 233) wiedererwägungsweise die Aufhebung der Verfügung vom 19. Februar 2014. Mit Urteil vom 8. Juli 2014 schrieb das Verwaltungsgericht des Kantons Bern das Verfahren hinsichtlich der Verfügung vom 19. Februar 2014 als gegenstandslos geworden ab (AB 235). Die IVB veranlasste eine neurologische Begutachtung (neurologisches Gutachten der Klinik H. \_\_\_\_\_, Spital G. \_\_\_\_\_, vom 16. März 2015 [AB 250.1]). Nach einer Stellungnahme durch Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, RAD, vom 27. März 2015 (AB 252) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 2. April 2015 die Abweisung des Leistungsbegehrens (Rente) bei einem Invaliditätsgrad

von 10 % in Aussicht (AB 253). Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Advokatin B.\_\_\_\_\_, Einwände (AB 254). Nach einer Stellungnahme des RAD vom 4. Juni 2015 (AB 258) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (AB 259).

### C.

Am 10. Juli 2015 erhob die Versicherte, vertreten durch Advokatin B.\_\_\_\_\_, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt das Folgende:

1. Es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. Juni 2015 aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin eine ganze IV-Rente ab 1. September 2013 zuzusprechen.
2. Eventualiter sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. Juni 2015 aufzuheben und eine neuropsychologische und/oder psychiatrische Begutachtung anzuordnen. Es seien diese Abklärungen in ... durchzuführen. Anschliessend sei der Beschwerdeführerin eine ganze IV-Rente ab 1. September 2013 zuzusprechen.
3. Unter o/e Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.
4. Eventualiter sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen und demzufolge von der Erhebung eines Kostenvorschusses abzusehen.

Sie bringt vor, dass eine Verschlechterung seit den Begutachtungen bzw. seit dem Gerichtsentscheid vom 5. August 2010 relevant sei. Der Sachverhalt sei mangelhaft festgestellt worden. Das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ sei weder vollständig noch schlüssig. Der Hinweis der neurologischen Gutachter auf die festgestellten neurologischen Defizite und eine allfällige psychiatrische Diagnose hätten dazu führen müssen, dass nochmals Abklärungen vorgenommen würden.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. August 2015 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 24. August 2015 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut und ordnete der Beschwerdeführerin Advokatin B.\_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin bei.

## **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** Angefochten ist die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 9. Juni 2015 (AB 259), mit welcher nach einer Neuanmeldung der hier streitige Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente abgewiesen wurde.

**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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

**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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeits-

marktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

## **2.4**

**2.4.1** 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 über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]; bis 31. Dezember 2011 Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV).

**2.4.2** 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).

**2.4.3** 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** 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**2.6** Um den IV-Grad 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.7** 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).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdeführerin meldete sich erstmals im März 2002 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (AB 1). Die gegen die Verfügung vom 1. Februar 2010, mit welcher ein Rentenanspruch abgewiesen wurde (AB 162), erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 5. August 2010 (IV/2010/264) in dem

Sinne gut, als dass der Beschwerdeführerin ein befristeter Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung vom 1. Dezember 2001 bis zum 31. Dezember 2002 zugesprochen wurde (AB 169). Im Januar 2013 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der IVB neu an (AB 185) und machte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend. Die IVB trat auf die Neuanschuldung ein, weshalb die Eintretensfrage hier nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Nach Abklärungen und umfassender Prüfung lehnte sie mit Verfügung vom 9. Juni 2015 (AB 259) den Anspruch auf eine Rente ab. Zu prüfen ist zunächst, ob veränderte, d.h. potentiell rentenbegründende Verhältnisse vorliegen (vgl. E. 2.4.2 hiavor). Dabei ist der Sachverhalt zur Zeit der Verfügung vom 1. Februar 2010 (AB 162) mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2015 (AB 259) entwickelt hat, zu vergleichen.

**3.2** Die Verfügung vom 1. Februar 2010 (AB 162) stützte sich im Wesentlichen auf eine neurologisch-neurochirurgische Untersuchung im Spital G.\_\_\_\_\_ vom 27. Februar 2007 und die Gutachten bzw. die interdisziplinäre Beurteilung vom 5. Mai 2008 der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ (vgl. VGE IV/2010/264, E. 4.4.4):

**3.2.1** Die Ärzte der Neurologisch-neurochirurgischen Poliklinik, Spital G.\_\_\_\_\_, hielten – gestützt auf eine ambulante neurologisch-neurochirurgische Untersuchung vom 27. Februar 2007 – fest, die nachgewiesenen cerebralen Strukturveränderungen würden sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (AB 98 S. 1 f.).

**3.2.2** Dr. med. C.\_\_\_\_\_ diagnostizierte am 2. April 2008 eine beginnende mediale Kniearthrose links, linksseitige Beinschmerzen unklarer Natur mit funktioneller Hypästhesie des Beines, ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom (seit 2005), eine Teilsteife des Ellenbogens, anamnestisch ein zervikales Syndrom, eine mässiggradige Leukenzephalopathie, am ehesten hypertensiv bedingt, Senk-Spreizfuss beidseitig und einen Verdacht auf Spannungskopfschmerzen. Die im Vordergrund stehenden linksseitigen Beinschmerzen liessen sich nicht mit der Kniepathologie erklären. Nebst möglichen extraartikulären Ursachen spielten extrasomatische Gründe sicher eine wesentliche Rolle. Das beklagte Ausmass an Rückenschmerzen könne mit den objektivierbaren Befunden nicht

erklärt werden. Auch hier seien extrasomatische Ursachen ein wesentlicher Grund. Es fänden sich Hinweise auf eine zumindest erhebliche Aggravation. Körperlich bestehe eine verminderte Steh- und Gehfähigkeit. Das organisch begründete Ausmass lasse sich erst nach erfolgreicher Behandlung oder Ausschluss einer extraartikulären Schmerzursache festlegen. Bis dahin könne eine stehend-gehende Tätigkeit nicht zugemutet werden. Es bestehe zudem eine leichte, aber behandelbare Minderbelastbarkeit des Rückens. Der teilsteife rechte Ellenbogen sei ebenfalls vermindert belastbar. Zumutbar seien jedoch mindestens körperlich leichte, sitzend auszuführende Tätigkeiten ganztags. Bei Ausschluss oder Behandlung eines denkbaren neurogenen Schmerzes seien auch teils stehend-gehende Arbeiten möglich (AB 122 S. 13 ff.).

**3.2.3** Im Gutachten vom 5. Mai 2008 diagnostizierte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), eine rezidivierende depressive Störung, derzeit remittiert (F 33.4), und atypische familiäre Situation, schwierige ökonomische Verhältnisse, Schwierigkeiten bei der kulturellen Integration (Z60.3, Z59, Z60.1). Die Beschwerdeführerin fühle sich vor allem durch die Schmerzen in ihrer Lebensführung eingeschränkt. Es zeige sich aber eine Diskrepanz zwischen den Befunden und der subjektiven Wahrnehmung. Sie wirke auf die Schmerzen fixiert und zeige hypochondrische Befürchtungen; es sei eine Schmerzausdehnung festzustellen. Bezüglich der beklagten Konzentrationsstörungen seien diese nicht verifizierbar. Obschon keine kognitiven Störungen nachweisbar seien, sei die Beschwerdeführerin vermutlich nicht fähig, intensiv geistig angespannt zu arbeiten. Gegen Schluss des Gesprächs sei sie ermüdet; es könne auf eine gewisse Dekonditionierung hingewiesen werden. Eine Depression sei derzeit nicht nachweisbar. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer ca. 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Dass die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht ausnütze, liege an krankheitsfremden Faktoren (AB 121 S. 8 ff.).

**3.2.4** In der interdisziplinären Beurteilung vom 5. Mai 2008 hielten die Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ fest, ohne neurogene Schmerzursache sei eine teils sitzende, teils gehend-stehende Tätigkeit zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe – vorwiegend aufgrund psychosomati-

scher Beschwerden im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung – eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30%. Damit erachteten die Gutachter interdisziplinär eine angepasste Tätigkeit zu 70% als zumutbar (AB 121 S. 16 f.).

**3.3** Die angefochtene Verfügung vom 9. Juni 2015 (AB 259) stützt sich im Wesentlichen auf das Folgende:

**3.3.1** Im Schlussbericht der Klinik F. \_\_\_\_\_, Spital G. \_\_\_\_\_, vom 13. März 2012 diagnostizierten die Ärzte nach einer Demenzabklärung eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3), kognitive Einschränkungen mit schweren Gedächtnisstörungen, Störung von Aufmerksamkeit und Konzentration, DD im Rahmen der oben genannten Diagnosen, MMS 8/30 Punkten. Aufgrund der Progredienz der kognitiven Defizite werde eine erneute Abklärung hinsichtlich Neurolues empfohlen (AB 184 S. 6 f.).

**3.3.2** Im Schlussbericht der ambulanten Sprechstunde Alterspsychiatrie der E. \_\_\_\_\_ vom 9. November 2012 diagnostizierten die Ärzte einen Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit (ICD-10 F62.1) sowie kognitive Einschränkungen mit schweren Gedächtnisstörungen sowie Störungen von Aufmerksamkeit und Konzentration. Im im Juli durchgeführten Montreal Cognitive Assessment habe die Beschwerdeführerin nur 4 von 30 Punkten erreicht. Vor dem Hintergrund des depressiven Zustandsbilds sowie bei zumindest partiellem Analphabetismus mit lediglich vier Jahren Schulbildung, bei vor allem aber auch sehr apathischem Verhalten sei es erneut sehr schwierig gewesen, die offensichtlich vorhandenen kognitiven Einschränkungen genauer einzuordnen. Ein MR Schädel habe im Vergleich zu den Voraufnahmen vom Februar 2012 stationäre multiple fleckförmige Hyperintensitäten mit für eine Mikroangiopathie eher untypischem Verteilungsmuster ergeben. Eine Hirnathrophie habe sich nicht gezeigt (AB 184 S. 2 f.).

**3.3.3** Im Bericht vom 9. Januar 2013 hielt der behandelnde Hausarzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, fest, es habe sich neu eine schwere progrediente Demenz entwickelt. Die Desorientiertheit der Beschwerdeführerin verunmögliche eine Erwerbstätigkeit (AB 185). Am

29. April 2013 diagnostizierte er mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine dementielle Entwicklung, eventuell mit psychotischen Anteilen, seit einigen Jahren mittelgradige Leukenzephalopathie, Abklärung und Behandlung bei Verdacht auf Neurolues (Jahre und erneut 2011/2012), rezidivierende Kopfschmerzen und komplexe Bein- und Rückenschmerzen mit/bei Status nach Osteosynthese einer Tibiakopffraktur (2000) sowie Status nach Materialentfernung, posttraumatischer Gonarthrose und medialer Meniskusdegeneration. Er hielt fest, es bestehe psychisch eine Desorientiertheit sowie körperlich Belastungsschmerzen im Rücken und linken Bein und attestierte seit mindestens vier Jahren eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 100 % (AB 195 S. 2 ff.).

**3.3.4** In der Stellungnahme vom 29. August 2013 legte Dr. med. I. \_\_\_\_\_, RAD, dar, es sei entgegen der Annahme des Hausarztes bisher nie eine Demenz oder eine dementielle Entwicklung schlüssig nachgewiesen worden. In psychischer Hinsicht sei keine diagnostische Klarheit ausgewiesen, weshalb eine Begutachtung zu empfehlen sei. In somatischer Hinsicht habe sich objektiverweise nichts verändert (AB 202 S. 3).

**3.3.5** Im psychiatrischen Gutachten vom 11. Dezember 2013 stellte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung; von Januar 2012 bis Sommer 2012 habe eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.2), von Sommer 2012 bis Juni 2013 eine leichtgradige Episode (ICD-10 F33.1) bestanden und seit Juni 2013 liege eine Remission der rezidivierenden depressiven Episode vor (ICD-10 F33.4). Unklar sei die Zuordnung der kognitiven Einschränkungen. Bei der Anamneseerhebung zeige sich, dass Gedächtnislücken bestünden. Auffallend seien die Schwankungen in den Gedächtnisleistungen. Es bestehe der Verdacht, dass die Beschwerdeführerin teilweise aus Nachlässigkeit über Gedächtnislücken klage. Eine eindeutige organische Demenz sei nicht nachweisbar. Beim Memory-Test vom 13. März 2012 sei als möglich angesehen worden, dass die kognitiven Defizite wegen der damaligen depressiven Episode entstanden seien. Immerhin sei die Beschwerdeführerin fähig, eine geregelte Tagesstruktur aufzubauen, sich selbstständig zu pflegen und den Haushalt zu erledigen. Es bestünden markante ungünstige krankheitsfremde Faktoren. Es sei davon

auszugehen, dass diese daran mitbeteiligt seien, dass sie nicht arbeite. Es müsse insbesondere auf die lange Arbeitspause und die kulturelle Desintegration hingewiesen werden. Es habe sich zudem die jahrelange schlechte Wohnsituation in ... negativ ausgewirkt. Eine eindeutige psychische Störung sei nicht nachweisbar. Der Gutachter attestierte von Januar bis Sommer 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und von Sommer 2012 bis Juni 2012 von ca. 20 %. Seither sei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorhanden (AB 209.1).

**3.3.6** In der Stellungnahme vom 26. März 2014 hielt der Hausarzt fest, eine Demenz sei ein Syndrom und keine organische Diagnose. Sie könne jedoch organische Ursachen haben. Es bestehe ein arterieller Bluthochdruck und es seien organische Veränderungen des Gehirns festgestellt worden, die nicht klar zuzuordnen seien. Als mögliche Ursachen seien Läsionen kleinerer Gefässe, kleine Infarkte, entzündliche Narben, eine demyelinisierende Erkrankung erwähnt. Der Entscheid des Gutachters, dass keine psychischen Beeinträchtigungen bestünden und geistige Beeinträchtigungen nicht eindeutig nachweisbar seien, erscheine nicht fundiert. Auch bestünden Hinweise auf organische Gehirnveränderungen, die im Zusammenhang mit den kognitiven Störungen durchaus als organische Ursache einer Demenz in Betracht gezogen werden sollten (AB 227 S. 31 f.).

**3.3.7** Im Austrittsbericht vom 30. September 2014 – nach einem stationären Aufenthalt vom 20. bis 29. September 2014 – diagnostizierten die Ärzte des Spitals K.\_\_\_\_\_ bei koronarer 2-Asterkrankung, ED 20. September 2014, Diabetes mellitus, ED 21. September 2014, Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit, PTBS, Cholezystolithiasis, Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol und Nikotin, abstinent seit 2003, Status nach komplexen Bein- und Rückenschmerzen bei Status nach Osteosynthese einer Tibiakopffraktur 2002. Es erfolgte eine ambulante Weiterbetreuung (AB 246 S. 3 f.) und eine Versorgung mit Stents (im Ramus marginalis II; AB 246 S. 2).

**3.3.8** Im neurologischen Gutachten vom 16. März 2015 führten Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Oberarzt der Klinik H.\_\_\_\_\_, Spital G.\_\_\_\_\_, und M.\_\_\_\_\_, Assistenzärztin, aus, subjektiv und in der Untersuchungssituation liege eine schwere Beeinträchtigung vor, welche jedoch im Gegen-

satz zur weitgehend erhaltenden Alltagsselbstständigkeit stehe. Diese Konstellation lasse sich schwer einem organischen Leiden im Sinne einer Demenz zuordnen. Untypisch sei auch der relativ stabile Zustand über viele Jahre. Zudem liessen sich im Liquor keine Demenzmarker oder Hinweise für eine Infektion nachweisen und bildgebend zeige sich keine Atrophie. Es würden Hinweise für eine unfallbedingte Contusio cerebri fehlen. Die nachgewiesene mittelgradige Leukenzephalopathie könne die Gedächtnisstörung ebenfalls nicht erklären. Diese könne mit der nur unzureichend behandelten arteriellen Hypertonie erklärt werden (AB 250.1 S. 22). Es könne somit keine neurologische Grunderkrankung als Ursache für das komplexe Beschwerdebild festgestellt werden. Aus neurologischer Sicht bestehe daher keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass diese in erster Linie aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt sei (AB 250.1 S. 24).

**3.3.9** In Bericht vom 27. März 2015 führt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, RAD, aus, die neurologische – wie zuvor die psychiatrische – Begutachtung habe keine medizinische Erklärung für das von der Beschwerdeführerin vorgebrachte subjektive Beschwerdebild ergeben. Das Vorliegen einer zerebralen, insbesondere einer dementiellen Erkrankung sei ausgeschlossen. Die Beschwerdeführerin habe einen Herzinfarkt erlitten. Gestützt auf das gute Ergebnis der interventionellen Massnahmen und die gute Herzfunktion bestehe keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Von körperlicher Schwerstarbeit sei abzusehen; vermieden werden sollten auch Arbeiten unter Zeitdruck, Schicht- und Nachtarbeit oder stark stressbelastende Tätigkeiten (AB 252 S. 3). Am 4. Juni 2015 hielt der RAD fest, eine neuropsychologische Testung sei nicht durchzuführen, weil sich in der neurologischen Begutachtung keine Hinweise auf eine Demenz ergeben hätten (AB 258 S. 2).

**3.4** Im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) kann gestützt auf die erhobenen Befunde im neurologischen Gutachten (vgl. E. 3.3.8 hiervor) sowie mit Blick darauf, dass die Beschwerdeführerin unter einer neu aufgetretenen Herzerkrankung (vgl. E. 3.3.7 hiervor) leidet, von einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Damit ist ein Neuanmeldungsgrund zu bejahen und es ist zusätz-

lich frei zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen (vgl. E. 2.4.2 hiavor).

**3.5** Bezüglich der Festlegung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2015 (AB 259) massgeblich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2013 (AB 209.1) und das neurologische Gutachten der Klinik H.\_\_\_\_\_, Spital G.\_\_\_\_\_, vom 16. März 2015 (AB 250.1) abgestellt. Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen und überzeugen (vgl. E. 2.7 hiavor).

Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hat in Berücksichtigung und Würdigung der medizinischen Vorakten einleuchtend sowie nachvollziehbar begründet, dass keine psychischen Einschränkungen, insbesondere seit Juni 2012 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wegen Depressionen, mehr bestehen und dass nicht iv-relevante krankheitsfremde Faktoren (Mühe mit der kulturellen und sprachlichen Integration sowie mangelnde Motivation) massgeblich beeinflussen, dass die Beschwerdeführerin nicht arbeitstätig ist (AB 209.1 S. 10 ff.). Überzeugend ist seine Beurteilung, dass die Schmerzproblematik in den Hintergrund getreten ist (AB 209.1 S. 10), weshalb im Vergleich zum Gutachten vom 5. Mai 2008 (E. 3.2.3 hiavor) keine Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung mehr erfolgt ist. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hat sich mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt, insbesondere konnte er die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung durch die behandelnden Psychiater nicht bestätigen (AB 209.1 S.13 f.). Soweit die Beschwerdeführerin auf die Dauer des Gesprächs von 1 ¼ Stunden hinweist (Beschwerde S. 17), so ist zu bemerken, dass es darauf praxisgemäss für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens nicht ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (Entscheid des BGer vom 29. März 2010, 8C\_942/2009, E. 5.2). Die Beschwerdeführerin bringt denn auch nicht vor, dass letzteres nicht erfüllt sei. An der Schlüssigkeit des psychiatrischen Gutachtens ändert nichts, dass

sich Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nicht mit dem Schädel-MR auseinandergesetzt hat (Beschwerde S. 17); denn dieses zeigt lediglich organische Befunde auf, weshalb es für den psychiatrischen Facharzt nicht zwingend ist, sich damit zu befassen. Wenn die Beschwerdeführerin bemängelt, dass der Gutachter die kognitiven Einschränkungen nicht habe einordnen können (Beschwerde S. 17), kann ihr nicht gefolgt werden. Die geklagten Beschwerden konnten eben gerade nicht einer psychiatrischen Erkrankung zugeordnet werden (AB 209.1 S. 9 f.). Es ist auch nicht widersprüchlich, wenn die Einschränkungen bei dieser Ausgangslage auf krankheitsfremde Ursachen zurückgeführt wurden.

Auch das neurologische Gutachten ist umfassend. Die Gutachter haben sich mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt (AB 250.1 S. 20 f.). Ihre Beurteilung, dass keine Befunde vorliegen (keine Hinweise auf eine Neurodegeneration, traumatische Hirnläsion oder entzündliche/infektiöse ZNS-Erkrankung), welche für eine Demenz sprächen, ist überzeugend und schlüssig. Nachvollziehbar ist die Beurteilung, dass die nachgewiesene mittelgradige Leukenzephalopathie die Gedächtnisstörung nicht erklären kann. Damit ist auf die Angaben, dass keine neurologische Grunderkrankung als Ursache für das komplexe Beschwerdebild festgestellt werden kann und deshalb aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit besteht (vgl. AB 250.1 S. 24), abzustellen.

Die Ergebnisse der Gutachten werden von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, RAD, in der Stellungnahme vom 27. März 2015 (AB 252) bestätigt. Hinsichtlich der Herzerkrankung hält er zudem fest (AB 252 S. 3 Mitte), dass aus kardiologischer Sicht – nach erfolgreicher Behandlung – keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (vgl. AB 246 S. 2 ff.), einzig eine Schwerstarbeit ist nicht möglich und stressbelastende (Zeitdruck, Schicht- und Nachtarbeit) Arbeiten sollten vermieden werden.

Nichts an diesem Ergebnis ändern die Angaben der Ergotherapeutin. Bei den Ausführungen im Bericht vom 4. Oktober 2012, die Beschwerdeführerin zeige in den Bereichen Körperfunktionen und -strukturen, insbesondere in den mentalen Funktionen (Gedächtnis, Aufmerksamkeit) deutliche Defizite (AB 195 S. 12), wie auch bei den Hinweisen aus dem persönlichen Umfeld der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 19, Beschwerdebeilage

[BB] 4) hinsichtlich Vergesslichkeit, mangelnder örtlicher Orientierung, fehlender Konzentration und Aufmerksamkeit handelt es sich um fachmedizinisch nicht objektivierte Feststellungen; diese können allenfalls für die therapeutische Arbeit von Bedeutung sein. Für die Bemessung der Arbeitsfähigkeit ist jedoch in erster Linie auf die Angaben der Ärzte abzustellen.

Auch die Ausführungen des Hausarztes Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vermögen die schlüssigen Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Soweit er im Bericht vom 29. April 2013 erwähnt, die Beschwerdeführerin sei seit mindestens vier Jahren zu 100 % arbeitsunfähig und eine Erwerbstätigkeit sei nicht denkbar (AB 195 S. 3 f.), widerspricht dies den Feststellungen in VGE IV/2010/264. Hier ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Hinsichtlich der Diagnose, es liege eine dementielle Entwicklung vor, kann dem Hausarzt nicht gefolgt werden. Weder konnten aus psychiatrischer Sicht eine eindeutige psychische Störung (vgl. AB 209.1 S. 9) noch aus neurologischer Sicht objektive Befunde als Erklärung für die kognitiven Einschränkungen gefunden werden. Im neurologischen Gutachten wurden keine Neurolues nachgewiesen (vgl. AB 250.1 S. 22); die bekannte mittelgradige Leukenzephalopathie erklärt die Gedächtnisstörungen nicht (AB 250.1 S. 22) und die rezidivierenden Kopfschmerzen sowie die komplexen Bein- und Rückenschmerzen (AB 195 S. 2), welche kaum zu objektivieren waren (AB 169 S. 32), wurden bereits in VGE IV/200/264 berücksichtigt (vgl. AB 169 S. 27, 32). Eine diesbezügliche Veränderung ist nicht eingetreten (vgl. AB 202 S. 3) und wird auch nicht geltend gemacht.

Entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 15 Ziff. 35) ist der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt. Daran ändert nichts, dass keine neuropsychologische Testung durchgeführt wurde. Zwar hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, RAD, in der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens VGE IV/2014/268 eingeholten Stellungnahme vom 24. Juni 2014 dafür, es sei eine neuropsychologische Untersuchung erforderlich; der Entscheid über eine zusätzliche neuropsychologische Abklärung wurde aber dem Gutachter überlassen (AB 230 S. 4). Es ist dem neurologischen Gutachten

vom 15. März 2015 (AB 250.1) nicht zu entnehmen, dass eine zusätzliche neuropsychologische Abklärung angezeigt wäre. Stattdessen wird eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung befürwortet (AB 250.1 S. 24). Darauf konnte indessen angesichts der klaren Angaben im Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2013 (AB 209.1) verzichtet werden. Dr. med. I. \_\_\_\_\_, RAD, hat denn auch darauf hingewiesen, dass seither keine Verschlechterung des psychischen Zustandes eingetreten ist (AB 252 S. 3).

**3.6** Nach dem Dargelegten ist aus psychiatrischer und neurologischer Sicht von einer vollen Leistungsfähigkeit in leichten und mittelschweren Tätigkeiten auszugehen.

#### **4.**

**4.1** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.2** Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstruktur-

erhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen bei Versicherten, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist in der Regel vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn („Total“) für Männer oder Frauen bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) auszugehen. Dabei sind in erster Linie die Lohnverhältnisse im privaten Sektor massgebend (SVR 2002 UV Nr. 15 S. 50 E. 3c cc). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb S. 76).

**4.3** Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

**4.4** In der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2015 (AB 259) stellte die Beschwerdegegnerin beim Validen- und Invalideneinkommen auf die LSE 2012, Tabelle TA1, Total, Kategorie 1, Frauen, ab. Dies ist nicht zu beanstanden, denn die Beschwerdeführerin ist seit Jahren nicht mehr arbeitstätig und hat bisher keine zumutbare Arbeit aufgenommen. Sind Validen- und Invalideneinkommen vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditäts-

grad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 24. Juli 2014, 8C\_450/2014 E. 7.3). Beim Invalideneinkommen ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführerin eine vollzeitliche, leichte bis intermittierend mittelschwere, den Beschwerden angepasste Tätigkeit (vgl. E. 3.6 hiervor) zugemutet werden kann. Dabei ist sie jedoch aus kardiologischer Sicht insoweit eingeschränkt, als dass ihr keine stressbelastenden Tätigkeiten zumutbar sind (vgl. AB 252 S. 3). Es ist deshalb ein leidensbedingter Abzug von 10 % zu gewähren. Ein Abzug wegen invaliditätsfremder Gründe (Alter, Nationalität, Aufenthaltskategorie) ist nicht vorzunehmen, da dies bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wäre (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008 E. 5). Der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 10 % ist somit nicht zu beanstanden (AB 259 S. 2).

**4.5** Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 9. Juni 2015 (AB 252) als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Die Beschwerdeführerin ist aufgrund der mit Verfügung vom 24. August 2015 gewährten unentgeltlichen Rechtspflege – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) i.V.m. Art. 113 VRPG – von der Zahlungspflicht der Verfahrenskosten von Fr. 700.-- befreit.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**5.3** Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte vom 20. Oktober 2010 (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

In der angemessenen Honorarnote vom 10. Juli 2015 geht Advokatin B.\_\_\_\_\_ von einem Stundenansatz von Fr. 200.-- aus, was dem Stundenansatz für die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte entspricht. Der tarifmässige Parteikostenersatz ist deshalb auf Fr. 1'638.70 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen. Auch das amtliche Honorar ist auf Fr. 1'484.--, zuzüglich Auslagen von Fr. 33.30 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 121.40 (8 % von Fr. 1'517.30), insgesamt Fr. 1'638.70, festzulegen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
3. Der tarifmässige Parteikostenersatz sowie das amtliche Honorar von Advokatin B. \_\_\_\_\_ werden in diesem Verfahren auf Fr. 1'638.70 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgelegt. Der amtlichen Anwältin wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'638.70 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
4. Zu eröffnen (R):
  - Advokatin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**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.