

200 16 440 IV
MAW/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Juli 2016

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. März 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1960 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 1. Februar 1999 unter Hinweis auf „unerträgliche Muskel- und Gelenkschmerzen im ganzen Körper“ bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 5.1 S. 109 ff.). Nachdem die kantonale IV-Stelle ... erwerbliche und medizinische Abklärungen vorgenommen hatte, sprach sie der Versicherten ab August 1999 bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 70% eine ganze IV-Rente zu (act. II 5.1 S. 1 ff., S. 11 ff., S. 24 ff.). In der Folge verlegte die Versicherte ihren Wohnsitz in den Kanton Bern, so dass das Dossier zur weiteren Bearbeitung an die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) überwiesen wurde (act. II 5.1 S. 7).

Im Rahmen einer im Jahr 2000 eingeleiteten Revision von Amtes wegen (act. II 1) führte die IVB medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie insbesondere eine interdisziplinäre Begutachtung durch die Fachärzte des D. _____ (Gutachten vom 23. September 2003; act. II 28). Gestützt auf die Ergebnisse der getätigten Erhebungen hob die IVB die bisher ausgerichtete ganze IV-Rente bei einem in Anwendung der gemischten Methode (50% Erwerb und 50% Haushalt) ermittelten IV-Grad von 33% auf Ende des folgenden Monats auf (Verfügung vom 19. April 2004; Einspracheentscheid vom 11. August 2004; act. II 38, 50). Dies wurde in der Folge vom Verwaltungsgericht mit Urteil vom 2. September 2005, IV 64863, bestätigt (act. II 57). Eine hiergegen erhobene Beschwerde hiess das Eidgenössische Versicherungsgericht (heute Bundesgericht) mit Entscheidung vom 16. Dezember 2005, I 716/05 (act. II 60), gut, hob das angefochtene Urteil auf und sprach der Versicherten ab Juni 2004 bei einem IV-Grad von 40% eine Viertelsrente zu. Diese wurde im weiteren Verlauf revisionsweise bestätigt (Verfügung vom 23. Mai 2008; act. II 90).

Anlässlich einer im Jahr 2012 eingeleiteten Revision von Amtes wegen machte die Versicherte eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend (act. II 116). Daraufhin führte die IVB weitere medizinische Erhe-

bungen durch. Dabei liess sie die Versicherte insbesondere durch die Dres. med. E. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, sowie F. _____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär begutachten (Gutachten vom 28. November 2013; act. II 129.2). Mit Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 149) hob die IVB die bisher ausgerichtete Viertelsrente unter Hinweis auf die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) per Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats auf. Diese Verfügung blieb unan-gefochten. Am 30. Mai 2014 teilte die IVB der Versicherten mit, die Viertelsrente werde während der Durchführung der Massnahmen zur Wiederein-gliederung für längstens zwei Jahre weiter ausgerichtet (act. II 151). In die-sem Rahmen fand vom 21. April 2014 bis 5. Oktober 2014 ein Belastbar-keitstraining, vom 6. Oktober 2014 bis 5. Oktober 2015 ein Aufbau- und vom 6. Oktober 2015 bis 5. April 2016 ein Arbeitstraining statt (act. II 146, 155; Akten der IV [act. IIA] 164, 181, 187, 199, 214, 224).

B.

Am 27. Oktober 2014 hatte sich die Versicherte erneut bei der IV zum Lei-stungsbezug angemeldet (act. IIA 172). Nachdem die IVB medizinische Be-richte eingeholt hatte, stellte sie mit Vorbescheid vom 7. August 2015 (act. IIA 204) das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren mangels Ver-änderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten materiellen Verfü-gung in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (act. IIA 206, 209).

Daraufhin führte die IVB weitere medizinische Erhebungen durch. Dabei veranlasste sie insbesondere eine polydisziplinäre Begutachtung durch die Fachärzte der I. _____ (MEDAS; Gutachten vom 13. Januar 2016; act. IIA 228.1). Mit Vorbescheid vom 2. Februar 2016 (act. IIA 229) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da sich seit der Verfügung vom 23. Mai 2015 (richtig: 2014) keine revisionsrelevanten Veränderungen ergeben hätten. Damit zeigte sich die Versicherte nicht

einverstanden (act. IIA 234). Am 15. März 2016 verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Leistungsbegehren ab (act. IIA 237).

C.

Hiergegen lässt die Versicherte am 2. Mai 2016 Beschwerde erheben und die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer IV-Rente beantragen. Das gleichzeitig gestellte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wurde mit Schreiben vom 31. Mai 2016 wieder zurückgezogen.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Juni 2016 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 IVG). 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 15. März 2016 (act. IIA 237). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente (vgl. Beschwerde S. 2).

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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 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 bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.5 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen IV-Grades 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]). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades 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 IV-Grad 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 IV-Grad 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; AHl 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 27. Oktober 2014 (act. IIA 172) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der rentenaufhebenden Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 149) und der hier angefochtenen Verfügung vom 15. März 2016 (act. IIA 237) eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist.

Soweit in der Beschwerde (S. 3 Ziff. IV 1) die Frage aufgeworfen wird, ob die IV-Rente der Beschwerdeführerin überhaupt unter dem Titel der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision hätte aufgehoben werden dürfen, bleibt darauf hinzuweisen, dass die Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 149) unangefochten in Rechtskraft erwachsen ist. Diesbezüglich übrigen sich somit weitere Ausführungen.

3.2

3.2.1 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 149) massgeblich auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. E. _____ und F. _____ vom 28. November 2013 (act. II 129.2). In diesem wurde eine sekundäre Gonarthrose rechts (ICD-10 M17.5), ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei generalisierter Dekonditionierung (ICD-10 M54.5), ein rezidivierendes zervikozepha-

les/zervikobrachiales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0/M53.1), ein unspezifisches generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom (ICD-10 R52), eine pulmonale Sarkoidose ohne Behandlungsindikation (ICD-10 D86.9), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), sowie ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert (S. 3). Aus somatischer Sicht könne keine Diagnose gestellt werden, welche eine andauernde Leistungsunfähigkeit begründen würde. Medizinisch-theoretisch sei jede Tätigkeit zumutbar, welche vorwiegend sitzend erfolge, gelegentliche Positionswechsel erlaube und rückenergonomisch korrekt durchgeführt werden könne. Grössere Gehstrecken oder Treppensteigen seien nicht zumutbar. Ferner sollte die Beschwerdeführerin nur in staubarmer und reizfreier Umgebung eingesetzt werden. Aus psychiatrischer Sicht habe kein nennenswerter psychopathologischer Befund festgestellt werden können. Insbesondere hätten sich keine Hinweise für eine depressive Störung ergeben. Klagen über multilokuläre Schmerzzustände, die subjektiv als körperlich verursacht verstanden würden, und die daraus abgeleiteten Funktionsbeeinträchtigungen dominierten das subjektive Krankheitsmodell (S. 2). Aus interdisziplinärer Sicht seien die beklagten Schmerzen nur hinsichtlich des rechten Kniegelenks und der Insuffizienz der Rumpf- und Beckenmuskulatur somatisch begründbar. Für alle übrigen Schmerzangaben gelte, dass deren Ausmass insgesamt nicht gut mit dem objektiven rheumatologischen Befund begründbar sei. Hier müsse von einer psychogen zu verstehenden Überzeichnung ausgegangen werden, welcher keine Krankheitswertigkeit etwa im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zugesprochen werden könne. Leichte Arbeiten seien unter Berücksichtigung der bestehenden rheumatologischen Funktionseinschränkungen mit vollem Pensum zumutbar (S. 3).

3.2.2 Ferner lagen bei Erlass der Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 149) zwei Berichte von med. pract. G. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. April 2014 (act. II 143 S. 1 f. und S. 3 ff.) vor. Im ersten Bericht (act. II 143 S. 3 ff.) diagnostizierte sie insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom, eine psychische und Verhaltensstörung durch Konsum von Opioiden und Benzodiazepin-

Analoga (ICD-10 F11.2, F13.2), ein Fibromyalgie-Syndrom (DD: somatoforme Schmerzstörung, DD: vertebrales Schmerzsyndrom), eine pulmonale Sarkoidose und Restless Legs. Seit einem negativen IV-Bescheid im März 2014 (Vorbescheid vom 5. März 2014; act. II 137) bemerke die Beschwerdeführerin eine zunehmende gedankliche Einengung mit Grübeln und nächtlichem Gedankenkreisen, Ein- und Durchschlafinsomnie, frühmorgentlichem Erwachen mit Morgentief, Interessensverlust, Anhedonie sowie deutlichem sozialem Rückzug. Die Stimmung sei überwiegend gedrückt bis traurig und von Existenz- und Zukunftsängsten geprägt. Biographisch ergäben sich Hinweise auf mehrere depressive Krisen. Dies insbesondere in Zusammenhang mit multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren (S. 3 f.).

In einem weiteren Bericht vom 4. April 2014 (act. II 143 S. 1 f.) führte sie aus, aus psychiatrischer Sicht fehle im Gutachten (vom 28. November 2013; act. II 129.2) die Diagnose des sekundären chronischen Opiat- und Benzodiazepin-Analoga Abhängigkeitssyndroms. Bezüglich der rezidivierenden Depressionen könne es zwar sein, dass zum Explorationszeitpunkt keine Depression vorgelegen sei. Allerdings seien die Chancen auf eine berufliche Reintegration vor dem Hintergrund der komplexen rheumatologisch-psychiatrischen Vorgeschichte, des komorbiden Schmerzmittelmissbrauchs, der langjährigen IV-Berentung, der nie erfolgten Teilerwerbstätigkeit bzw. Wiedereingliederung zu einem früheren Zeitpunkt sowie des fortgeschrittenen Alters sehr gering. Insgesamt sei (im Gutachten) zu wenig auf das zu erwartende Funktionsniveau unter Belastung eingegangen worden. Nach dem ersten psychiatrischen Eindruck und in Kenntnis des letzten IV-Gutachtens von November 2013 sei anzunehmen, dass weiterhin dauerhaft eine Leistungseinbusse von mindestens 40% zu erwarten sei (S. 2).

3.3 Der angefochtenen Verfügung vom 15. März 2016 (act. IIA 237) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

3.3.1 Im Bericht vom 25. August 2014 (act. IIA 173) wiederholte med. pract. G. _____ die im Bericht vom 4. April 2014 (act. II 143 S. 3 ff.) gestellten Diagnosen (S. 1). Unter medikamentöser Behandlung der Depression und der somatoformen Schmerzstörung (DD Fibromyalgie) sei es zu einer leichten Stabilisierung des Zustandsbildes gekommen, wobei vor allem anhaltende psychosoziale Belastungsfaktoren wie finanzielle Engpäs-

se, Zukunfts- und Existenzängste sowie Ablösungskonflikte von den Töchtern sich eher ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirkten. In Anbetracht des langjährigen Krankheitsverlaufs, des fortgeschrittenen Alters der Beschwerdeführerin, der bis anhin nie erfolgten beruflichen Integration, des aktuell eher unbefriedigenden Rehabilitationsverlaufs und der psychiatrischen Komorbiditäten sei eine Re-Evaluation der komplexen Gesamtsituation unter Prüfung eines weiteren Leistungsanspruchs im Sinne einer Viertelsrente bei persistierender mindestens 40%-iger Leistungsminderung durchzuführen (S. 2).

3.3.2 Im Bericht des Spitals H._____ vom 27. Januar 2015 (act. IIA 205 S. 12 ff.) wurde insbesondere eine Sarkoidose Stadium II und eine arterielle Hypertonie diagnostiziert. Die pulmonale Situation habe sich seit der Erstdiagnose der Sarkoidose im 2008 unter medikamentöser Behandlung verbessert (S. 12). Die Beschwerdeführerin berichte aktuell hauptsächlich durch die Gelenksproblematik in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt zu sein. Die beschriebenen atypischen Thoraxschmerzen seien nicht kardialer Ursache. Der Blutdruck sei gut eingestellt. Echokardiographisch zeigten sich ausser einer LV-Hypertonie und einer beginnenden Relaxationsstörung keine pathologischen Befunde. Der pulmonale Druck sei normal. Zusammenfassend bestehe kein Hinweis auf eine kardiale Beteiligung der Sarkoidose (S. 14). Die durchgeführte Spiroergometrie habe eine altersentsprechende Fitness ohne Hinweise auf kardiale, pulmonale oder peripher muskuläre Limitierung ergeben (S. 13).

3.3.3 Im Bericht vom 19. August 2015 (act. IIA 208) wiederholte med. pract. G._____ erneut die im Bericht vom 4. April 2014 (act. II 143 S. 3 ff.) gestellten Diagnosen. Neu führte sie einen Verdacht auf eine distal-symmetrische Polyneuropathie an (S. 1). Es bestehe eine markante Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Akzentuierung während des Belastungstrainings infolge der komplexen gesundheitlichen Situation vor dem Hintergrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwer mit intermittierender Suizidalität, sekundärer Verhaltensstörung bei initial iatrogen-induziertem chronischem Schmerzmittelkonsum und der systemischen Sarkoidose Stadium II, mit neu aufgetretenen Bronchiektasien und konsekutiv gehäuften Infekten sowie Erfordernis einer

dauerhaften Steroidtherapie. Aus psychiatrischer Sicht stelle das im Arbeitstraining absolvierte Pensum von 3.5 Stunden täglich in einfachen und repetitiven Tätigkeiten das Maximum der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin dar, da eine kontinuierliche Pensumerhöhung über dieses Limit hinaus in der Vergangenheit regelmässig zu Dekompensationen mit Absenzen geführt habe. Dabei sei von einer Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen ausgehen (S. 3 f.).

3.3.4 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 13. Januar 2016 (act. IIA 228.1) wurden mit Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein cervicolumbales Schmerzsyndrom, eine schmerzhaft e Bewegungseinschränkung der Kniegelenke, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-selbstunsicheren und passiv-dependente n Anteilen, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, eine psychische und Verhaltensstörung durch Konsum von Opioiden und Zolpidem sowie beginnende Rhizarthrosen und Finger-mittelgelenks-Arthrosen diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden insbesondere ein generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom, eine rezidivierende asthmoide Bronchitis, eine arterielle Hypertonie sowie anamnestisch eine Sarkoidose II aufgeführt (S. 65). Aus psychiatrischer Sicht handle es sich bei der kombinierten Persönlichkeitsstörung um überdauernde, tief verwurzelte abnorme Verhaltens- und Erlebnisweisen, deren Abweichung sich in Bereichen der Kognition, der Affektivität, der Bedürfnisbefriedigung und in der Art des Umgangs mit anderen Menschen äussere. Die Abweichung sei im späten Kindesalter entstanden und habe sich im Verlauf verfestigt, deutlich manifestiert im Erwachsenenalter. Die innerseelischen Konflikte, die Selbstwertkrisen und die negativen Erfahrungen bei Misserfolg hätten zu depressiven Episoden geführt, einschliesslich Suizidalität. Auch aufgrund der multiplen körperlichen Beschwerden, wie Schmerzen und Insomnie, sei eine sekundäre Sucht entstanden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin spätestens seit Mai 2014 zu 100% arbeitsunfähig (S. 52). Im geschützten Rahmen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50% (S. 53 Ziff. 5.6.4). Der Verlauf habe gezeigt, dass sich der psychopathologische Zustand verschlechtert habe. Die zugrundeliegenden Symptome der kombinierten Persönlichkeitsstörung hätten sich deutlich manifestiert und seien aus psychiatrischer Sicht mass-

gebend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (S. 54 Ziff. 5.11). Aus rheumatologischer Sicht bestünden seit Jahren diffuse und generalisierte weichteilrheumatische Beschwerden (S. 56 Ziff. 6.4.1). Diesbezüglich zeige sich keine Änderung (S. 58 S. 6.10). Aus internistischer Sicht habe sich die Situation der Beschwerdeführerin verbessert. Seit sie 15 kg abgenommen habe, habe sich die venöse Situation an den beiden Unterschenkeln praktisch normalisiert. Zudem sei die arterielle Hypertonie aktuell optimal eingestellt. Die episodisch auftretende Bronchitis mit asthmoider Komponente bei moderatem Nikotinabusus würden medikamentös optimal „gemanaged“ (S. 62 Ziff. 7.4.1). In einer sitzenden Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 63 Ziff. 7.6.1). Aus pneumologischer Sicht sei die im Jahr 2008 diagnostizierte Sarkoidose II klinisch bis heute irrelevant. Dies drücke sich in der erhobenen Lungenfunktion aus, welche abgesehen von einer Überblähung normal sei. Respiratorisch würden nur wenige Symptome bekundet. Es bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 69 unten). Aus interdisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin spätestens seit Mai 2014 sowohl in ihrem angestammten Beruf als auch für allfällige körperadaptierte Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig sei. Dies aufgrund der psychisch bedingten Beeinträchtigungen (S. 70 Ziff. 9).

3.3.5 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm med. pract. G._____ am 26. Februar 2016 insbesondere zum MEDAS-Gutachten vom 13. Januar 2015 (act. IIA 228.1) Stellung (act. IIA 234 S. 2 ff.). Im Jahr 2015 sei eine aktuelle Persönlichkeitsdiagnostik durchgeführt worden, die eindeutig ergeben habe, dass weder eine neurotisch-narzisstische noch eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung vorliege (S. 2). Ferner sei in der Abklärung im Spital H._____ im Jahr 2015 (richtig: 2014; vgl. act. IIA 234 S. 7 f.) eine Progredienz der Sarkoidose mit Zunahme der disseminierten Sarkoidose-typischen Granulome festgestellt worden. Trotz suffizienter medikamentöser Therapie und aktuell kompensiertem klinischem Lungenbefund schein die Sarkoidose eine relevante komorbide somatische Erkrankung zu sein. Bei einer rezidivierenden depressiven Störung und der psychischen Verhaltensauffälligkeiten aufgrund von Opioiden und Stilnox wie noch dem Vorliegen eines Restless Leg Syndroms, was zu chronischer Insomnie führe, und der Sarkoidose seien meh-

rere IV-relevante Diagnosen vorhanden, die die Arbeitsfähigkeit deutlich einschränkten (S. 3).

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

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).

3.5

3.5.1 Hinsichtlich der aus revisionsrechtlicher Sicht zu prüfenden Frage, ob seit der leistungsabweisenden Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 149) in somatischer Hinsicht eine wesentliche Veränderung eingetreten ist, haben die MEDAS-Gutachter schlüssig dargelegt (vgl. E. 3.4 hiavor), dass sich der Gesundheitszustand (aus somatischer Sicht) nicht massgebend verändert hat (act. IIA 228.1 S. 71 Ziff. 10). So machte die Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern insbesondere Beschwerden aufgrund des bestehenden Weichteilrheumas sowie Schmerzen in den Kniegelenken, der HWS und der LWS geltend (act. IIA 228.1 S. 43 f.) und schilderte damit nahezu die gleiche Beschwerdesymptomatik wie gegenüber Dr. med.

E._____ (act. II 129.1 S. 6). Die MEDAS-Gutachter stellen denn auch (aus somatischer Sicht) keine neuen Diagnosen, die einen massgebenden Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit haben (act. IIA 228.1 S. 65 Ziff. 8).

Soweit die behandelnde Psychiaterin med. pract. G._____ aufgrund einer Progredienz der diagnostizierten Sarkoidose von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgeht (act. IIA 234 S. 3, vgl. auch act. IIA 208 S. 3 f.), findet dies in den vorliegenden Akten keinen Rückhalt. So hat der pneumologische Gutachter ausgehend von der erhobenen Lungenfunktion schlüssig dargelegt, dass die Sarkoidose klinisch bis heute irrelevant ist (act. IIA 228.1 S. 69 unten). Dies steht im Einklang mit der im Januar 2015 im Spital H._____ durchgeführten Spiroergometrie, die eine altersentsprechende Fitness ohne Hinweise auf kardiale, pulmonale oder peripher muskuläre Limitierung ergeben hat (act. IIA 205 S. 13).

3.5.2 Aus psychiatrischer Sicht wurde im MEDAS-Gutachten vom 13. Januar 2016 (act. IIA 228.1) aufgrund der diagnostizierten kombinierten Persönlichkeitsstörung, der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, und der psychischen und Verhaltensstörung durch Konsum von Opioiden und Zolpidem eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 52, 65). Darauf kann jedoch aus revisionsrechtlicher Sicht nicht abgestellt werden. Zum einen geht der psychiatrische Gutachter davon aus, dass die attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit spätestens Mai 2014 vorliegt (S. 52), was gegen eine seit der rechtskräftigen Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 149) eingetretene Veränderung spricht. Zum anderen enthält das MEDAS-Gutachten keine differenzierte und nachvollziehbare Begründung für die im Vergleich zu Dr. med. F._____ im Gutachten vom 28. November 2013 (act. II 129.3) abweichend beurteilte Psychopathologie bzw. Arbeitsfähigkeit. Es wurde ohne nähere Auseinandersetzung mit den Erwägungen und Schlussfolgerungen des Vorgutachters lediglich dargelegt, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E._____ (richtig: Dr. med. F._____; act. II 129.3), welches Grundlage für die rechtskräftige Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 149) bildete, sei oberflächlich und gehe von somatischen Befunden aus (act. IIA 228.1 S. 52). Dagegen bezeichnete der psychiatrische Gutachter die Be-

richte von med. pract. G. _____ vom 4. April 2014 (act. II 143 S. 1 f. und S. 3 ff.), welche anlässlich der rechtskräftigen Verfügung vom 23. Mai 2014 bereits vorgelegen sind, als einleuchtend (act. IIA 228.1 S. 51) und orientierte sich in seiner Beurteilung offenbar massgeblich an diesen beiden Berichten. Damit liegt allenfalls eine unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel unerhebliche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes vor (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2). Entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 4 Ziff. 2) ist somit gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 13. Januar 2016 (act. IIA 228.1) keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes seit der rechtskräftigen Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 149) erstellt.

Auch der Bericht von med. pract. G. _____ vom 19. August 2015 (act. IIA 208) vermag vorliegend keine massgebende Veränderung des Gesundheitszustandes zu belegen. Zwar spricht die behandelnde Psychiaterin von einer „markanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes“ (S. 3). Eine nachvollziehbare Begründung hierfür fehlt in diesem Bericht jedoch. Soweit die Verschlechterung insbesondere mit der diagnostizierten Sarkoidose begründet wird (S. 3), kann darauf nicht abgestellt werden, da dieser – wie zuvor dargelegt worden ist (vgl. E. 3.5.1 hiavor) – keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzuerkennen ist. Zudem hat med. pract. G. _____ im besagten Bericht die im Bericht vom 4. April 2014 (act. II 143 S. 3 ff.) gestellten Diagnosen wiederholt und auch bezüglich des Gesundheitszustandes keine massgebende Veränderung beschrieben, weshalb eine seit dem 23. Mai 2014 eingetretene Verschlechterung nicht überwiegend wahrscheinlich ist. Letztlich bleibt darauf hinzuweisen, dass die durch med. pract. G. _____ diagnostizierte mittelgradige depressive Störung (act. IIA 173 S. 1, 208 S. 1) nicht im Einklang mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich der durchgeführten Wiedereingliederungsmassnahmen steht. Bei diesen wurde sie nämlich als „humorvolle, interessierte Persönlichkeit“ erlebt, „die sich bereits nach kurzer Zeit problemlos in die Gruppe integrierte“ (act. II 156 S. 2). Ferner zeigte sie unter anderem „stets sehr gute soziale Kompetenzen“ (act. IIA 185 S. 4).

3.5.3 Damit ist im massgeblichen Zeitraum (23. Mai 2014 bis 15. März 2016) weder aus somatischer noch aus psychischer Sicht eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten, weshalb kein Revisionsgrund vorliegt.

3.6 Auch aus erwerblicher Sicht hat sich gemäss Aktenlage nichts geändert. Entsprechendes wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht.

3.7 Somit ist erstellt, dass weder eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes noch der erwerblichen Situation eingetreten ist. Die Beschwerdeführerin hat folglich (weiterhin) keinen Anspruch auf eine IV-Rente.

Die angefochtene Verfügung vom 15. März 2016 (act. IIA 237) ist nach dem Dargelegten nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde mangels Vorliegens eines Revisionsgrundes abzuweisen.

4.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

4.3 Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird zufolge Rückzugs vom 31. Mai 2016 (in den Gerichtsakten) als erledigt vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird als erledigt vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

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.