

200 16 544 IV
KNB/LUB/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. September 2017

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. Mai 2016



Sachverhalt:

A.

Die 1957 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Mai 2012 unter Hinweis auf eine Depression, Rücken-, Bauch- und Fersenschmerzen, Herzrhythmusstörungen, einer Chlamydieninfektion sowie chronischen Schmerzen (Fibromyalgie) bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte daraufhin erwerbliche und medizinische Abklärungen; insbesondere holte sie einen Bericht des Hausarztes vom 23. Juni 2012 (AB 7 S. 1 – 4), welchem ausserdem Unterlagen des Krankentaggeldversicherers beilagen (u.a. ein psychiatrisches Gutachten vom 8. Juli 2011 [AB 7 S. 26 – 35], eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit [EFL] vom 15. Juli 2011 [AB 7 S. 36 – 48] und ein rheumatologisches Gutachten vom 9. August 2011 [AB 7 S. 16 – 25]), und einen Bericht des behandelnden Psychiaters vom 2. November 2011 (AB 15 S. 2 ff.) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 16) verneinte die IVB mit Verfügung vom 6. Februar 2013 (AB 17) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens einen Leistungsanspruch.

B.

Am 17. Februar 2014 meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 18). Als Art der Behinderung gab sie eine rheumatoide Arthritis, eine Depression, Rückenschmerzen, eine Fibromyalgie, ein Schlafapnoesyndrom und Schlafstörungen an. Mit Schreiben vom 25. Februar 2014 (AB 20) machte sie die IVB darauf aufmerksam, dass eine Neuanmeldung nur geprüft werde, wenn eine massgebliche Änderung des Gesundheitszustandes seit 6. Februar 2013 glaubhaft gemacht werde. In der Folge reichte der Hausarzt der Versicherten verschiedene medizinische Unterlagen ein (AB 21), woraufhin die IVB auf Empfehlung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 24) eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS C._____ (MEDAS; Gutachten vom 28. Mai 2015 [AB 36.1]) veranlasste (AB 29).

Mit Vorbescheid vom 5. August 2015 (AB 37) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da keine wesentliche Veränderung seit der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vorliege bzw. ein invalidisierender Gesundheitsschaden weiterhin nicht ausgewiesen sei. Die Versicherte zeigte sich damit nicht einverstanden und liess mit Einwand vom 14. September 2015 einen weiteren Arztbericht einreichen (AB 42). Nachdem die IVB bei der MEDAS eine ergänzende Stellungnahme (vom 3. März 2016; AB 47) eingeholt hatte, verfügte sie am 6. Mai 2016, wie im Vorbescheid angekündigt, die Abweisung des Leistungsbegehrens (AB 52).

C.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 8. Juni 2016 Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 6. Mai 2016 sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 18. Juli 2016 schloss 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 vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträ-

gen 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 vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 6. Mai 2016 (AB 52). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 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). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) und «Konsistenz» einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest)

überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.3 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Eingliederungsmassnahmen bestehen nach Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe) im Sinne von Art. 15 ff. IVG.

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht zudem 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.

2.4 Wurde eine Rente oder eine andere Dauerleistung 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 (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

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 Revi-

sionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur materiellen Revision 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).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom 17. Februar 2014 (AB 18) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b S. 114 f.). Indes ist zu prüfen, ob zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 6. Februar 2013 (AB 17) und der hier angefochtenen Verfügung vom 6. Mai 2016 (AB 52) eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist.

3.2 Die rechtskräftige Verfügung vom 6. Februar 2013 (AB 17) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf folgenden Grundlagen:

3.2.1 Im zu Händen des Krankentaggeldversicherers erstellten psychiatrischen Gutachten vom 8. Juli 2011 (AB 7 S. 26 – 35) nannte Dr. med. L. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie eine anhaltende somatoforme Schmerz-

störung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 [S. 32]).

Eine affektive Befindlichkeitsstörung sei aufgrund der Anamnese und der selber erhobenen Befunde zwar vorhanden und zeige insgesamt Veränderungen in Richtung Depressivität. Das Leiden sei in direktem Zusammenhang mit der Schmerzproblematik zu sehen, in der aktuellen Begutachtung habe keine depressive Stimmung festgestellt werden können. Differentialdiagnostisch sei eine eigenständige affektive Erkrankung, d.h. eine depressive Störung zu erwägen. Die dokumentierten Befunde des abklärenden Psychiaters stellten eine depressive Stimmung fest, belegten jedoch nicht eine depressive Störung mittelschweren Ausmasses, sondern höchstens leichten Ausmasses. Die Diagnose einer depressiven Episode sei unter Berücksichtigung der Vorgeschichte und der selber erhobenen Befunde nicht zu stellen, der affektive Symptomkomplex entspreche eben gerade den Kriterien der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und nicht einer eigenständigen depressiven Erkrankung. Aus psychiatrischer Sicht könne ab sofort für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... keine medizinisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden (S. 33).

3.2.2 Dr. med. F. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im ebenfalls für den Krankentaggeldversicherer erstellten rheumatologischen Gutachten vom 9. August 2011 (AB 7 S. 16 – 25) ein chronisches fibromyalgisches Schmerzsyndrom mit/bei St. n. Infektion mit Chlamydia pneumoniae (mit deutlich erhöhten Titern IgG und IgA) sowie sekundärer Symptomausweitung und eine leichte Wirbelsäulenfehlform mit verstärkter Brustkyphose und lumbaler Hyperlordose (S. 22). Aus rheumatologischer Sicht bestehe medizinisch theoretisch keine Einschränkung für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... (S. 24). Eine Therapieempfehlung sei nicht möglich, da die Arbeitsfähigkeit nicht durch ein rheumatologisches Problem limitiert sei (S. 25).

3.2.3 Der Hausarzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 23. Juni 2012 (AB 7 S. 1 – 6) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom, ein Panvertebralsyndrom, Schulterschmerzen bds., eine Calca-

neodynie plantar bds., eine chronische Chlamydieninfektion, atypische Thoraxschmerzen mit Herzpalpationen und chronische Abdominalschmerzen auf. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er einen St. n. laparoskopischer Hysterektomie und einen St. n. Blasenraffung (S. 1). Seit dem 13. Januar 2011 sei die Patientin zu 100 % arbeitsunfähig. Die bisherige Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar (S. 2).

3.2.4 Im Verlaufsbericht vom 2. November 2012 (AB 15 S. 2 ff.) diagnostizierte E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit anhaltenden affektiven Störungen, nicht näher bezeichnend (ICD-10 F34.9) und somatische Beschwerden (Fragen an den Hausarzt).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 6. Februar 2013 (AB 17) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Im Bericht vom 11. März 2013 (AB 21 S. 12 f.) nannte Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, als Diagnosen ein obstruktives Schlafapnoesyndrom mittelschweren Grades, eine chronische Tagesmüdigkeit multifaktorieller Ätiologie, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, einen Verdacht auf Fibromyalgie-Syndrom und eine chronische Depression. Diese Diagnosen bestätigte er in einem Weiteren Bericht vom 11. Juni 2013 (AB 21 S. 10 f.).

3.3.2 Am 24. Juni 2013 diagnostizierte Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, eine Fibromyalgie (unspezifisch erhöhte ANA, SS-A positiv), eine Genu valga bds. (leichte laterale Instabilität), ein leichtes Schlafapnoe-Syndrom und ein ethnisches Vitamin D-Defizit. Als Nebendiagnose führte er eine Refluxoesophagitis, eine Blasenraffung und eine kardiale Abklärung auf (AB 21 S. 3).

3.3.3 Dr. med. D. _____ führte in seinem Bericht vom 11. März 2014 (AB 21 S. 1 f.) – unter Hinweis auf die von ihm bereits im Bericht vom 23. Juni 2012 (AB 7 S. 1 – 6) erwähnten Diagnosen – als neue Diagnosen eine Fibromyalgie, einen Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis (mit/bei szintigraphischen Arthritiszeichen und unspezifisch erhöhter ANA, SSA-positiv), eine Genu valga bds. (leichte laterale Instabilität), ein obstruktives

Schlafapnoe-Syndrom mittleren Grades und eine chronische Tagesmüdigkeit (im Rahmen Durchschlafinsomnie, chronischem Schmerzsyndrom, Verdacht auf hypersomnolente Depression) auf (S. 1). Seit seinem letzten Bericht sei es zu einer weiteren Verschlechterung des klinischen Allgemeinzustandes gekommen (S. 2).

3.3.4 Im Zeugnis vom 25. März 2014 (AB 23) vermerkte Dr. med. E. _____ als Diagnose eine depressive Entwicklung mit chronischem Verlauf und mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.21). Die Patientin sei in ihrer Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu 70 – 80 % eingeschränkt. Dies gelte unabhängig von der Art der Tätigkeit. Eine berufliche Umorientierung bzw. Umschulung dränge sich nicht auf (S. 1).

3.3.5 Das MEDAS-Gutachten vom 28. Mai 2015 (AB 36.1) basiert auf Fachgutachten in den Bereichen Psychosomatik/Psychiatrie (AB 36.3), Orthopädie (AB 36.4), Pneumologie (AB 36.5) sowie auf einer internistischen Untersuchung (AB 36.1 S. 22). Die Gutachter führten die folgenden Diagnosen auf (AB 36.1 S. 28):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronische Schmerzstörung mit psychischen und physischen Faktoren (ICD-10 F45.4)
2. Anhaltende depressive Störung seit Jahren
 - gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10)
 - differentialdiagnostisch chronifizierte Depression
3. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5; M41.55) bei
 - dezentem, mehrsegmentalen ventralen Spondylophyten. Baastrup-Phänomen LWK 3/4 , lumbosakraler Facettengelenksarthrose und
 - geringer lumbaler rechtskonvexer Skoliose
4. Initiale ISG-Arthrose bds. (ICD-10 M54.1)
5. Thorakovertebragenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M42.14) bei
 - geringer, multisegmentaler Osteochondrose der BWS)
6. Initiale mediale Gonarthrose und Retropatellararthrose bds. (ICD-10 M17.0)
7. Initiale Coxarthrose bds. (ICD-10 M16.9)
8. Geringe AC-Gelenksarthrose linke Schulter (ICD-10 M19.11)

Weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Leichte Schlafapnoe
2. St. n. Calcaneodynie bei plantarem Fersensporn bds.
3. Senkfuss bds.
4. St. n. Fibulafaktur links 2009

5. Fibromyalgiesyndrom (ICD-10 M79.70)
6. Adipositas 1. Grades (BMI 30,5 kg/m²)

In der Gesamtbeurteilung gaben die Gutachter an, aufgrund der chronischen Schmerzstörung und der anhaltenden, aktuell mittelgradigen (S. 32) depressiven Störung resp. der chronifizierten Depression sei die Explorandin aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht als 50 % arbeitsfähig einzustufen. Aus orthopädischer Sicht habe das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom bestätigt werden können, weswegen die Explorandin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... nicht mehr arbeitsfähig sei. Insgesamt seien die festgestellten Arthrosen eher geringgradig, weshalb aus isoliert orthopädischer Sicht die Explorandin in leicht bis mittelschwer belastenden Verweistätigkeiten zu 80 % arbeitsfähig sei. In der durchgeführten pneumologischen Untersuchung sei die beklagte Schlafapnoe als leichtgradig eingestuft worden. Aktuell komme dem Schlafapnoesyndrom eine untergeordnete Bedeutung zu, da selbst die Explorandin eine vermehrte Schläfrigkeit verneine. In pneumologischer Sicht sei sie in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Aus gesamtmedizinischer Sicht sei die Explorandin zu 50 % in einer optimalen, körperlich leichten mit den im psychiatrischen und orthopädischen Gutachten beschriebenen Limiten arbeitsfähig (S. 33).

3.3.6 Am 7. September 2015 erwähnte Dr. med. I. _____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, dass sich die Patientin zuletzt am 20. August 2015 bei ihm vorgestellt habe. Als Diagnose nannte er einen Morbus Menière links. Die Patientin habe berichtet, dass sie in den letzten Monaten ca. zwei bis dreimal monatlich unter Schwindelanfälle gelitten habe. Vor Kurzen sei sie auch gestürzt (AB 50 S. 2).

3.3.7 Bezugnehmend auf den Bericht von Dr. med. I. _____ vom 7. September 2015 (AB 50 S. 2) teilte der Hausarzt Dr. med. D. _____ am 19. Juni 2016 der IVB mit, dass seit der Untersuchung vom 20. August 2015 keine weiteren diesbezüglichen fachmedizinische Untersuchungen bzw. Behandlungen durchgeführt worden seien (AB 50 S. 1).

3.3.8 Auf Nachfrage der IVB hielten die Gutachter der MEDAS in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 3. März 2016 (AB 47) fest, im Hinblick auf den diagnostizierten Morbus Menière, wäre eine weitere Abklärung

sinnvoll, da die Explorandin über Beschwerden klagt. Aufgrund des bisherigen Verlaufs sei jedoch keine vom Gesamtgutachten wesentlich abweichende Diagnose zu erwarten (S. 1). Aus den im orthopädischen Gutachten genannten Diagnosen resultiere eine Arbeitsfähigkeit von 80 % für leicht bis mittelschwer belastende Verweistätigkeiten. Die festgesetzte Arbeitsfähigkeit gelte per Datum des Gutachtens. Aus orthopädischer Sicht sei eine revisionsrelevante Veränderung der Befunde zu 2013 nicht zu konstatieren (S. 2).

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5 Die Beschwerdegegnerin wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 6. Mai 2016 (AB 52) unter Verneinung einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab. Sie stützte sich dabei massgeblich auf das Gutachten der MEDAS vom 28. Mai 2015 (AB 36.1) und deren ergänzende Stellungnahme vom 3. März 2016 (AB 47). Dieses Gutachten (inkl. Stellungnahme) erfüllt die von der höchstrichterlichen Recht-

sprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.4 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet, so dass grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

3.6 An der Schlüssigkeit vermag auch der Bericht von Dr. med. I. _____ vom 7. September 2015 (AB 50 S. 2), worin dieser einen medikamentös behandelten Morbus Menière links diagnostizierte, nichts zu ändern. Aufgrund des bisherigen Verlaufs erwarten die Gutachter der MEDAS selbst von weiteren Abklärungen mittels HNO-Untersuchung, die sie zwar als sinnvoll erachten, keine von ihrem Gesamtgutachten wesentlich abweichende Diagnose (AB 47 S. 1). Diese Beurteilung überzeugt, da die Beschwerdeführerin letztmals am 20. August 2015 in fachärztlicher HNO-Behandlung stand, was der Hausarzt am 19. Juni 2016 ausdrücklich bestätigte (AB 50 S. 1). Die Beschwerdeführerin hat damit die weiteren von Dr. med. I. _____ detailliert aufgezeigten Behandlungsschritte (AB 50 S. 2) offensichtlich nicht in Anspruch genommen bzw. nehmen müssen. Angesichts des Verhaltens der Beschwerdeführerin ist davon auszugehen, dass der von ihr vorgebrachte (seltene) Schwindel nicht das geschilderte Ausmass erreicht bzw. zumindest durch die bisherige Behandlung mit Betahistin ausreichend kontrolliert ist. Denn bei Fortbestehen eines (wie geltend gemacht) im Minimum alle zwei Wochen auftretenden Schwindels mit einer anschliessenden Leidensphase von drei bis vier Tagen (AB 36.3 S. 3), wäre zu erwarten gewesen, dass wegen des Leidensdrucks weitere Arztkonsultationen erfolgt wären und sich die Beschwerdeführerin mit den aufgezeigten Behandlungsoptionen ernsthaft auseinander gesetzt hätte. Unter diesen Umständen kann auch nicht von einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Dies trifft auch auf den orthopädischen Verlauf zu. Die Gutachter der MEDAS hielten in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 3. März 2016 (AB 47) explizit fest, dass eine revisionsrelevante Veränderung der Befunde zu 2013 nicht zu konsta-

tieren sei. Zur Begründung wiesen sie darauf hin, dass sich die radiologischen Veränderungen der thorakalen und lumbalen Wirbelsäule bereits in den Aufnahmen vom 18. September 2009 (AB 7 S. 86) gezeigt hätten und auch in den Berichten von Dr. med. K. _____, Facharzt für Rheumatologie, vom 23. September 2009 (AB 7 S. 85 – 87) und Dr. med. J. _____, Facharzt für Anästhesiologie, vom 13. November 2009 (AB 7 S. 82 – 84) aufgeführt seien, was zutreffend ist. In psychiatrischer Hinsicht hat bereits Dr. med. E. _____ im Bericht vom 2. November 2012 (AB 15 S. 2) eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1), bestehend seit Beginn des Jahres 2012, diagnostiziert. Unter Miteinbezug dieser Diagnose wie auch der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wurde alsdann in der unangefochten gebliebenen Verfügung vom 6. Februar 2013 (AB 17) ein Anspruch auf Leistungen der IV abgelehnt. Im anlässlich der Neuanschuldung veranlassten Gutachten wurde als Diagnose eine anhaltende depressive Störung seit Jahren, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) vermerkt (AB 36.1 S. 28). Bezugnehmend auf den Bericht von Dr. med. E. _____ vom 2. November 2012 (AB 15 S. 2), in dem dieser eine mittelgradig depressive Episode diagnostizierte, führten die Experten zudem aus, dass dies ihrer diagnostischen Einschätzung gleichkomme (AB 36.1 S. 34). Sie gehen damit betreffend die depressive Symptomatik ebenfalls von einem unveränderten Zustand aus. Dass die Störung bei der Beschwerdeführerin nach wie vor wirksam ist, d.h. eine Remission nicht erreicht werden konnte, begründet für sich keine Veränderung der Sachlage. Allein das subjektive Empfinden (AB 36.1 S. 23) bzw. die Behauptung der Beschwerdeführerin, die Störung habe sich verschlimmert (vgl. Beschwerde S. 6), stellt keine relevante Veränderung dar, solange die Befundlage sich nicht auch gemäss einer objektiven Betrachtung als verändert darstellt.

Zusammenfassend ist im Hinblick auf die übereinstimmend beschriebene Beschwerdesymptomatik und Befunde deshalb festzustellen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus medizinischer Sicht im massgebenden Vergleichszeitraum ein im wesentlichen unverändert gebliebener medizinischer Sachverhalt wiedergegeben wird. Dass dabei die Gutachter der MEDAS im Vergleich zur Zeit der anspruchsbeweisenden Verfügung vom 6. Februar 2013 (AB 17) nunmehr eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in an-

gepasser Tätigkeit attestieren (AB 36.1 S. 33), stellt eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhaltes dar. Unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel gilt eine solche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes nach ständiger Praxis als unerheblich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2014 UV Nr. 7 S. 22 E. 2.2). Es ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem seit Februar 2013 unverändert gebliebenen Gesundheitszustand auszugehen und ein Revisionsgrund hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ist nicht erstellt.

3.7 Auch in erwerblicher Hinsicht ist eine Veränderung nicht ausgewiesen. Die Beschwerdeführerin ist – wie im Zeitpunkt der letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 6. Februar 2013 (AB 17) – weiterhin nicht erwerbstätig (AB 1 S. 6, AB 18 S. 6). Eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen medizinischen und erwerblichen Tatsachen, welche einen Neuanmeldungsgrund darzustellen vermöchten (vgl. E. 2.4 hiavor), ist damit nicht erstellt, womit es grundsätzlich sein Bewenden haben muss. Der Sachverhalt ist – entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 6) – rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweissmassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden.

4.

Selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin eine wesentliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes in der Zeit zwischen der leistungsablehnenden Verfügung vom 6. Februar 2013 (AB 17) und der hier angefochtenen Verfügung vom 6. Mai 2016 (AB 52) angenommen würde, wäre mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass es sich bei der psychischen Beschwerdesymptomatik um einen nicht invalidisierenden Gesundheitsschaden handelt, wie nachfolgend dargelegt wird.

4.1 Was zunächst die diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit psychischen und physischen Faktoren (ICD-10 F45.4) angeht (AB 36.1 S. 23), ist zu prüfen, ob diese unter Berücksichtigung der neuen Recht-

sprechung nach BGE 141 V 281(vgl. E. 2.2 f. hiervor) eine invalidisierende Wirkung entfalten kann.

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht übermässig ist. Die Beschwerdeführerin gibt an, bereits seit vielen Jahren an Schmerzen zu leiden (AB 7 S. 28 f., AB 36.3 S. 3). Dennoch war es ihr möglich, bis zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses während Jahren einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachzugehen (AB 5 S. 3, AB 6.4, 36 S. 8). Zum Tagesablauf gab die Beschwerdeführerin an, dass sie zwischen 05:00 und 07:00 Uhr morgens aufstehe und zusammen mit ihrem Ehemann ein kleines Frühstück einnehme. Nach dem Frühstück bleibe sie oftmals eine halbe Stunde am Tisch sitzen. Danach lege sie sich wieder ins Bett. Die restliche Zeit am Morgen verbringe sie in ihrem eigenen Zimmer. Das Mittagessen nehme sie erneut zusammen mit ihrem Ehemann ein; oft ein aufgewärmtes Fertigprodukt. Am Nachmittag spüre sie häufig den Drang, für eine Weile nach draussen zu gehen, da sie die Enge in der Wohnung als belastend empfinde. Sie spaziere eine Weile im Quartier, müsse aber nach einer nicht allzu langen Strecke umkehren, da ihre Schmerzen keine längere Gehstrecke zuliessen. Abends esse sie wiederum; selten sehe sie fern, oft mache sie gar nichts. Gegen 22:00 Uhr gehe sie ins Bett (AB 36.3 S. 7 f.). Gestützt auf diese Darlegungen kann kaum von einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz gesprochen werden, was jedoch diagnosespezifisch sein müsste (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 i.V.m. E. 2.1.1 S. 286). Unter dem Titel „Behandlungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin seit Januar 2012 bei Dr. med. E. _____ in ambulanter psychiatrischer Behandlung steht; dies mit einer tiefen Therapiefrequenz (monatliche Sitzungen [AB 15 S. 3]). Die Gutachter der MEDAS empfehlen demgegenüber die Durchführung einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und Verlaufsbeobachtung resp. einer mindestens tagesambulant Psychotherapie und danach die erneute Etablierung einer fortgesetzten, intensivierten ambulanten psychotherapeutischen Behandlung (AB 36.1 S. 24). Vor diesem Hintergrund

kann nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapie ausgegangen werden. Die psychiatrische Problematik ist damit durchaus therapeutisch angebar. Hinsichtlich des Indikators „Korbiditäten“ hat das Bundesgericht ausgeführt, dass die psychische Komorbidität nicht mehr generell vorrangig, sondern lediglich gemäss ihrer konkreten Bedeutung im Einzelfall beachtlich ist, so namentlich als Gradmesser dafür, ob sie der versicherten Person Ressourcen raubt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). An einer relevanten psychischen Komorbiditäten fehlt es, ist doch die depressive Symptomatik – wie nachstehend dargelegt wird (vgl. E. 4.2 hiernach) – rechtsprechungsgemäss in aller Regel nicht invalidisierend und auch die körperlichen Begleiterkrankungen sind zu gering, um die Ressourcen der Beschwerdeführerin selbst über das von den Experten der MEDAS attestierte somatische Ausmass von 20 % für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (AB 36.1 S. 27) hinaus zu mindern. Dafür, dass der Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen sodann keine Anhaltspunkte, dass in der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin krankheitswertige Umstände vorliegen, welche ein Leistungsvermögen ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302). Der Komplex „sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass ein Beziehungsnetz besteht. Die Beschwerdeführerin lebt zusammen mit ihrem Ehemann in einer 4-Zimmerwohnung (AB 36.3 S. 6) und es besteht auch Kontakt zu den erwachsenen Kindern, dem Enkel und ihrem in ... lebenden Vater. So berichtete die Beschwerdeführerin, dass die Töchter am Abend meistens kochten oder das Essen vorbeibrächten (AB 36.1 S. 19), die Kinder immer wieder anrufen würden um sie an die Medikamenteneinnahme zu erinnern (AB 36.3 S. 3) und sie einmal im Jahr zusammen mit ihrer Familie die Heimat besuchten (AB 36.3 S. 8). Zudem hat sie auch Kontakt zu ihren Geschwistern in der Schweiz bzw. im Ausland (AB 36.1 S. 20). Insofern kann nicht von einem sozialen Rückzug gesprochen werden und der Lebenskontext hält durchaus mobilisierende Ressourcen bereit, auf welche sie zurückgreifen kann.

Unter der Kategorie „Konsistenz“ sind verhaltensbezogene Aspekte zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.). Das Niveau sozialer Aktivität hat sich

nach Eintritt des Gesundheitsschadens im Vergleich zu vorher nicht wesentlich verändert, führte doch die Beschwerdeführerin selbst gegenüber den Gutachtern der MEDAS aus, in der Zeit, als sie ihre mittlerweile vier Kinder erzogen habe, nicht viel Kontakt zu anderen Menschen gehabt zu haben; sie sei keine Frau gewesen, welche den ganzen Tag mit den Kindern auf dem Spielplatz verbracht habe (AB 36.3 S. 8). Es ergeben sich auch nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303). Während die Beschwerdeführerin sich als nicht arbeitsfähig ansieht (AB 36.1 S. 34, AB 36.3 S. 4) und ebenfalls geltend macht, nach nur 200 m Gehstrecke eine lange Pause einlegen zu müssen (AB 36.3 S. 4), ist sie demgegenüber in der Lage einmal im Jahr nach ... zu reisen (AB 36.3 S. 8) und einem geregelten Tagesablauf nachzugehen (AB 36.3 S. 7 f.). Weiter fällt auf, dass die Beschwerdeführerin gegenüber den Experten angab, nicht viel reden zu können, letztere jedoch festhielten, angesprochen auf ihr gesundheitliches Hauptproblem antworte die Explorandin ohne Punkt und Komma (AB 36.1 S. 18). Therapeutische Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) nimmt sie – trotz teils massivst geklagter Beschwerden – nicht oder nur beschränkt in Anspruch. Der behandelnde Psychiater sowie die Gutachter erachten eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (AB 23 S.2, AB 36.3 S.12) als indiziert um eine Verbesserung der psychischen Situation zu erreichen. Die Motivation der Beschwerdeführerin zu einem derartigen Aufenthalt bzw. Behandlung ist aber gering (AB 36.3 S. 6). Insofern ist nicht von einem hohen Leidensdruck auszugehen. Dies gilt auch in Bezug auf den gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin im Minimum alle zwei Wochen auftretenden Schwindel, an dem sie dann etwa drei bis vier Tage leide (AB 36.3 S. 3), zumal Dr. med. D. _____ im Juni 2016 gegenüber der Verwaltung festhielt, seit der Untersuchung vom 20. August 2015 sei keine weitere diesbezügliche fachmedizinische Untersuchung bzw. Behandlung durchgeführt worden (AB 50).

In der Gesamtbetrachtung erfüllen die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten chronischen Schmerzstörung mit psychischen und physischen Faktoren (ICD-10 F45.4) die Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 nicht in einer Weise, welche die Überwindbarkeit ausschliessen würde. Im Gegenteil: Der im Gutachten der MEDAS attestierten Einschrän-

kung der Arbeitsfähigkeit (AB 36.1 S. 28) ist aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht nicht zu folgen. Das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ist zu verneinen.

4.2 Soweit die psychiatrischen Gutachter der MEDAS aufgrund der gegenwärtig mittelgradig depressiven Symptomatik eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren (AB 36.3 S. 10, AB 36 S. 23), bleibt diese invalidenversicherungsrechtlich unberücksichtigt. Bei einer mittelschweren depressiven Episode (ICD-10 F32.10) handelt es sich definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden, womit es prinzipiell an der zur Begründung eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens nötigen Dauerhaftigkeit mangelt (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [HRSG.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 169 ff.; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute Bundesgericht {BGer}] vom 26. Januar 2007, I 510/06, E. 6.3). Leicht- bis höchstens mittelgradig schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis sind deshalb in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner berücksichtgbaren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197; Entscheid des BGer vom 22. Januar 2016, 9C_892/2015, E. 2 mit Hinweisen). Daran hat auch BGE 141 V 281 nichts geändert (Entscheidung des BGer vom 20. Mai 2016, 8C_119/2016, E. 3 und vom 22. Januar 2016, 9C_892/2015 E. 2). Anders zu entscheiden wäre allein, wenn eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen (Entscheid des BGer vom 8. Oktober 2015, 8C_303/2015, E. 4.4). Vorliegend ist eine Behandlungsresistenz offensichtlich nicht ausgewiesen, erachten die Gutachter der MEDAS die Durchführung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und Verlaufsbeobachtung resp. einer mindestens tagesambulant Psychotherapie als dringend indiziert und sehen die Prognose als gut an (AB 36.1 S. 24). Die Compliance hinsichtlich der psychopharmakologischen Therapie fehlt zudem (AB 36.1 S. 22). Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht ist deshalb die Diagnose der gegenwärtig mittelgradig depressiven

Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) nicht als invalidisierender Gesundheitsschaden zu berücksichtigen.

5.

Nach dem Dargelegten sind weder in erwerblicher noch in medizinischer Hinsicht anspruchsbegründende Veränderungen der erheblichen Tatsachen erstellt, welche einen Neuanmeldungsgrund darzustellen vermöchten (vgl. E. 2.4 und E. 3.6 f. hiervor). Selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin eine wesentliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes angenommen würde, wäre ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht erstellt (E. 4 hiervor). Die angefochtene Verfügung vom 6. Mai 2016 (AB 52) ist damit nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder die Beschwerdeführerin (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

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. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 19. Sept. 2017, IV/16/544, Seite 22

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.