

200 16 786 IV  
LOU/ZID/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. März 2018**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Zimmermann

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. Juli 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Nachdem die 1970 geborene B. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wegen eines Skiunfalls 2008 kurz eine befristete Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) bezogen hatte (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 15.1/3 ff.), meldete sie sich im Dezember 2011 unter Hinweis auf einen im Sommer 2011 erlittenen Zeckenbiss mit der Folge einer Arbeitsunfähigkeit in wechselnder Höhe erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 3, 6, 9, 22/3 Ziff. 1.6, 34/5 Ziff. 5). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen ordnete die IVB auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 46, 51, 96, 100) eine neuropsychologische Abklärung (Untersuchungsbericht vom 21. November 2012; AB 50), ein Belastbarkeitstraining in der Abklärungsstelle C. \_\_\_\_\_ vom 11. Februar bis 12. Mai 2013 (Abbruch am 4. April 2013 infolge gesundheitlicher Instabilität [insbesondere nach einer Operation]; vgl. Bericht vom 13. Mai 2013 [AB 78]; vgl. auch AB 64, 77), ein Aufbautraining in der Abklärungsstelle D. \_\_\_\_\_ vom 3. März bis 25. Mai 2014 (bei instabilem Gesundheitszustand; vgl. Bericht vom 15. Mai 2014 [AB 125]; vgl. auch AB 111 f.) und ein bidisziplinäres (neurologisches/psychiatrisches) Gutachten (Expertise vom 12. Mai 2014 [AB 122.1]) an. Mit Vorbescheid vom 2. Juli 2014 (AB 132) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 12 % in Aussicht. Auf Einwand hin (AB 134) und nach Konsultation des RAD (AB 145) verfügte die IVB am 26. September 2014 wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt (AB 148). Diese Verfügung blieb unangetroffen.

### **B.**

Im Dezember 2014 erfolgte durch das Spital E. \_\_\_\_\_ eine Neuanschuldung der Versicherten (AB 151; vgl. auch AB 153). Nachdem zunächst nach Konsultation des RAD (AB 156) mit Vorbescheid vom 2. Februar 2015 (AB 157) ein Nichteintreten auf das neue Leistungsbegehren in Aussicht

gestellt worden war, ordnete die IVB auf Einwand (AB 158) und die in der Folge eingegangenen Arztberichte (AB 160, 168 und insbesondere den Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 21. April 2015 [AB 183]) hin sowie nach Anhörung des RAD (AB 188; vgl. auch AB 165, 171 f., 180) ein polydisziplinäres Gutachten (Expertise des I. \_\_\_\_\_ [MEDAS] vom 12. April 2016 [AB 206.1]) an. Mit weiterem Vorbescheid vom 13. Mai 2016 (AB 208) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 27 % in Aussicht. Auf Einwand bzw. umfassenden Bericht der behandelnden Psychiaterin hin (AB 211) und nach Konsultation des RAD (AB 214) verfügte die IVB am 1. Juli 2016 dem Vorbescheid entsprechend (AB 215).

### **C.**

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 5. September 2016 Beschwerde und beantragte, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr eine Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, das Gutachten vom 12. April 2016 (AB 206.1) erweise sich als widersprüchlich. Bei ihr sei zudem ein stark reaktiviertes Epstein-Barr-Virus (EBV) festgestellt worden, womit fast immer ein ausgesprochener Erschöpfungszustand mit chronischer Müdigkeit und den entsprechenden Folgen verbunden sei. Gleichzeitig ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (beschränkt auf die Verfahrenskosten).

In der Folge holte die Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme der MEDAS vom 4. November 2016 (AB 224) ein und beantragte am 11. November 2016 die Abweisung der Beschwerde.

Mit undatierter, am 14. Dezember 2016 eingegangener und in der Folge verbesserter Replik bzw. Duplik vom 5. Januar 2017 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Am 18. Januar 2017 ging ein Bericht der behandelnden Psychiaterin inkl. Beilagen ein. Hierzu konsultierte die Beschwerdegegnerin den RAD (Stellungnahme vom 17. Februar 2017) und nahm ihrerseits mit Eingabe vom

21. Februar 2017 Stellung. Am 15. bzw. 22. März 2017 nahmen die Parteien abschliessend Stellung.

## **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 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 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 1. Juli 2016 (AB 215). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

## **2.**

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

**2.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

## **2.3**

**2.3.1** Nach Eingang einer Neuanschuldung oder eines Revisionsgesuchs ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei hat sie unter anderem zu berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

**2.3.2** Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch 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. 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

**2.3.3** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

**2.3.4** 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).

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

**2.5** 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 Her-

kunft 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.**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung von Dezember 2014 (AB 151; vgl. auch AB 153) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

#### **3.1**

**3.1.1** Die rechtskräftige Verfügung vom 26. September 2014 (AB 148) stützte sich zumindest teilweise auf das bidisziplinäre (neurologische/psychiatrische) Gutachten der Dres. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Mai 2014 (AB 122.1). Diagnostiziert wurden im neurologischen Teilgutachten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Kopfschmerzen vom Spannungstyp und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit kognitive Störungen und Fatigue (organisch nicht zuordenbar) und ausgeprägte Verdeutlichungstendenz (AB 122.1/11) sowie im psychiatrischen Teilgutachten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anamnestische dissoziative Krampfanfälle (ICD-10 F44.5), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung resp. psychogene Kopfschmerzen (ICD-10 F45.4), eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) und akzentuierte Persönlichkeitszüge vom histrionischen, vermeidend-abhängigen, aggressionsgehemmten, auch zur Somatisierung neigenden Typ (ICD-10 Z73.1) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Verdacht auf eine pathologische Paarbeziehung (AB 122.1/18).

Im neurologischen Bereich würden sich bei der Beschwerdeführerin aktuell keine sicheren Befunde mehr abgrenzen lassen, welche der im Sommer 2011 durchgemachten Meningoenzephalitis zugeordnet werden könnten. Denkbar sei noch das Vorliegen eines Spannungskopfschmerzes oder auch leichter kognitiver Störungen sowie einer möglichen vermehrten Er-

müdbarkeit, wobei das von der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung an den Tag gelegte Untersuchungsverhalten (ungenügender Effort und zusätzliche Auffälligkeiten) es verunmögliche, allfällige Restsymptome abzugrenzen. Anhand der Unterlagen werde ein konsistentes Untersuchungsverhalten im Jahr 2011 durch zwei unterschiedliche Untersucher jeweils bei neuropsychologischen Untersuchungen beschrieben. Nach dem Stellenverlust (per 31. März 2012; vgl. AB 21) sei es zum erwähnten Untersuchungsverhalten mit Verdeutlichungstendenz und Aggravation gekommen. Dieses Untersuchungsverhalten imponiere auch anlässlich des aktuell durchgeführten neurologischen Teilgutachtens, in geringerem Masse in der klinisch-neurologischen Untersuchung und besonders deutlich in der zusätzlich durchgeführten verhaltensneurologischen Untersuchung, welche nicht valide sei. Aus neurologischer Sicht könnten keine weiteren Massnahmen empfohlen werden. Aus rein neurologischer Sicht sei unter der Annahme intermittierender Beschwerdeexazerbationen bei Spannungskopfschmerzen von einer maximalen Beeinträchtigung von 10 % auszugehen; eine darüber hinausgehende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit könne anhand der erhobenen Befunde sowie der Aktenlage nicht attestiert werden (AB 122.1/13).

Dem psychiatrischen (Teil-)Gutachten zufolge müsse es sich bei den rezidivierenden Zitteranfällen um eine anamnestische Angabe handeln, wobei bei fehlender epileptogener Ursache von dissoziativen Krampfanfällen (gemäss ICD-10) ausgegangen werden müsse. Im Weiteren bestünden Kopfschmerzen, die medikamentös kaum behandelbar seien, die zum Teil auch mit einem Überkonsum von Medikamenten in Zusammenhang stehen könnten. Aus psychiatrischer Sicht müsse von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden; die Schmerzen der Beschwerdeführerin könnten mit einem somatischen Befund nicht erklärt werden, stünden aber in Verbindung mit einer erheblichen psychiatrischen Komorbidität, so dissoziativen Zuständen, dann aber auch der Neurasthenie und der Persönlichkeitsstörung. Die Förster-Kriterien seien nur teilweise erfüllt. Als dritte Diagnose müsse bei der Beschwerdeführerin von einer Neurasthenie ausgegangen werden. Diese habe sich nach einer Meningoenzephalitis eingestellt. Typisch dabei seien die anhaltenden und quälenden Klagen über eine gesteigerte Ermüdbarkeit, ein Empfinden von

Schmerzen, dann auch subjektive Schlafstörungen und eine subdepressive Stimmungslage. Im Weiteren und als Grundlage für die somatoforme Schmerzstörung, die Neurasthenie und die dissoziative Problematik müssen akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert werden. Eine Persönlichkeitsstörung könne gemäss ICD-10-Kriterien deshalb nicht diagnostiziert werden, weil die Unausgeglichenheit in der Einstellung auf mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken nicht seit der Kindheit und Jugend bekannt seien; es müsse davon ausgegangen werden, dass die Persönlichkeitsproblematik lange Jahre kompensiert geblieben sei. Schliesslich müsse Aggravation erwogen werden. Bei der Beschwerdeführerin liege eine erhebliche Fixierung und Selbstlimitierung vor. Die subjektiven und die objektiven Befunde würden nicht zusammenpassen. Die körperliche Ermüdbarkeit bei der Arbeit stehe im Kontrast zum Lauf- und Joggingprogramm in der Freizeit. Insgesamt bestehe ein psychopathologisches Bild, das schwer einzuordnen sei, wo die Grenzziehung zwischen Aggravation und Symptombildung ausgesprochen schwierig ausfalle. Eine abschliessende Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei angesichts dessen, dass bisher keine psychiatrische stationäre oder ambulante Behandlung durchgeführt worden sei, nicht möglich. Zumutbar seien der Beschwerdeführerin jegliche Wiedereingliederungsmassnahmen im Rahmen von 50 %. Grundsätzlich müsse aber vor der Weiterführung der Wiedereingliederung eine längerdauernde stationäre psychiatrische und anschliessende ambulante oder vorübergehend auch halbstationäre Behandlung durchgeführt werden. Die Psychopathologie sei derart gravierend, dass die Beschwerdeführerin im Grund genommen einem allfälligen Arbeitgeber im Arbeitsprozess derzeit nicht zugemutet werden könne (AB 122.1/20 ff.).

**3.1.2** Gemäss der unangefochten gebliebenen Verfügung vom 26. September 2014 (AB 148) besteht aus neurologischer Sicht aufgrund der diagnostizierten Kopfschmerzen vom Spannungstyp eine objektivierbare Einschränkung der Erwerbsfähigkeit von 10 %, hingegen liegt aus psychiatrischer Sicht keine invalidisierende Diagnose vor. Das deckt sich mit den Befunden des auf die Begutachtung folgenden stationären Klinikaufenthalts in der Klinik H. \_\_\_\_\_, wo weder die Zitteranfälle noch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung resp. psychogenen Kopfschmerzen diagnos-

tiziert werden konnten (einzige Diagnose gemäss Bericht vom 11. August 2014 [AB 141]: chronische Müdigkeit und Insomnie nach FSME Meningoenzephalitis im Juni 2011). Auch im späteren Gutachten der MEDAS vom 12. April 2016 wurde eine somatoforme Schmerzstörung ausdrücklich als nicht nachvollziehbar bezeichnet (AB 206.1/22).

**3.2** Zur medizinischen Situation im Zeitpunkt der nun angefochtenen Verfügung vom 1. Juli 2016 (AB 215) lässt sich den Akten insbesondere das Folgende entnehmen:

**3.2.1** Die Neuanmeldung erfolgte durch das Spital E. \_\_\_\_\_ unter Hinweis auf die neue Diagnose einer rezidivierenden Depression, damals schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, bei Status nach Meningoenzephalitis (ICD-10 F33.2). Die Beschwerdeführerin leide seit der frühsommerlichen Meningoenzephalitis 2011 unter starken Kopfschmerzen, Schwindel und Konzentrationsstörungen (AB 151).

**3.2.2** Diese Diagnose wird vom RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 28. Januar 2015 (AB 156) verneint, zumal die Diagnose nicht durch objektive Befunde belegt werde. Die angegebenen Beschwerden seien die altbekannten, auch im Gutachten (vgl. E. 3.1.1 hiervor) notierten. Diese Beschwerden würden per se nicht eine schwere Depression widerspiegeln.

**3.2.3** Anlässlich einer testpsychologischen Abklärung im Spital E. \_\_\_\_\_ wurde nebst der schweren depressiven Episode (vgl. bereits E. 3.2.1 hiervor) auch eine Agoraphobie mit Panikstörung sowie Verdacht auf PTSD bei fraglichen dissoziativen Anfällen/Absenzen im Zusammenhang mit dem Ansprechen des Inhaltes (ICD-10 F40.01) erwähnt. In der neuropsychologischen Untersuchung hätten mittelschwere bis schwere Defizite in allen geprüften kognitiven Bereichen objektiviert werden können. In der Untersuchungssituation habe die Beschwerdeführerin affektlabil, deprimiert und verlangsamt gewirkt (AB 161; vgl. auch AB 206.3/10).

**3.2.4** Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte sich mit Schreiben vom 21. April 2015 (AB 168) bei neu diagnostizierter chronischer Borreliose mit Co-Infektion mit Chlamydia pneumoniae, Chlamydia trachomatis, Yersinien

und Coxackie mit den Symptomen starker Müdigkeit seit der FSME 2011, Vergesslichkeit, Depression, Weinen, extremen Kopfschmerzen, Schlafstörungen und starken Schmerzen gegen eine vom RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ empfohlene Nachbegutachtung (AB 165).

**3.2.5** Mit Stellungnahme vom 12. Mai 2015 erachtete der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ das Vorliegen einer aktiven (Neuro-)Borreliose als nicht ausgewiesen, empfahl aber trotzdem, zumindest vorläufig auf die neurologisch-psychiatrische Nachbegutachtung zu verzichten und stattdessen eine neurologische Begutachtung unter Beizug eines Infektiologen in Auftrag zu geben (AB 171).

Gemäss der RAD-Ärztin Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, vom 13. Juli 2015 (AB 188) sprächen vorliegend sämtliche Befunde (klinisch, laborchemisch und kernspintomografisch) gegen das Vorliegen einer chronischen Enzephalitis und insbesondere eine Neuroborreliose, einer FSME- oder einer Herpes simplex-Enzephalitis. Die beschriebenen Inkonsistenzen zwischen Befinden und Befunden sprächen neben der seit 2011 dokumentierten Symptomausweitung für Tendenzreaktionen. Es sei somit eine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich.

**3.2.6** Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS vom 12. April 2016 wurden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1.) eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0), (2.) chronische Müdigkeit, Leistungsintoleranz, Kopfschmerzen und vermehrtes Schlafbedürfnis nach FSME-Enzephalitis (ICD-10 A84.1, R53), (3.) geringgradig eingeschränkte Sehfähigkeit rechtsbetont, (4.) ein chronisches subacromiales Impingement-Syndrom rechts (ICD-10 M75.4) und (5.) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) sowie ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1.) eine akzentuierte Persönlichkeit, asthenisch (ICD-10 Z73.1), (2.) anamnestisch Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2), (3.) intermittierend spontan auftretende, ätiologisch nicht klassifizierbare Arthralgien im Bereich Ellbogen/Handgelenk rechts, Kniegelenk rechts sowie periartikulär Sprunggelenk rechts (ICD-10 M25.5) und (4.) rezidivierende gastritische Beschwerden (ICD-10 K29.7) diagnostiziert (AB 206.1/42 f.). Der rheumatologische Gutachter kam zum Schluss, dass aufgrund der von der Beschwerdeführe-

rin durchgeführten mehrstündigen Wanderungen und Fahrradtouren sowie des beabsichtigten Jogging-Trainings mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht mehr von einer derart ausgeprägten Müdigkeit ausgegangen werden könne, wie dies in den Akten noch früher postuliert worden sei, ansonsten sie kaum wieder regelmässig sportliche Aktivitäten planen und umsetzen möchte (AB 201.1/27 f.). Die Belastbarkeit bei der Beschwerdeführerin sei aus Sicht des Bewegungsapparates leichtgradig vermindert, so dass keine schweren und anhaltend mittelschweren Tätigkeiten zumutbar seien. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, so auch für die zuletzt durchgeführte Tätigkeit als ..., bestehe aus rheumatologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die Tätigkeit als ... sei zu 20 % eingeschränkt aufgrund der andauernd stehenden Haltung. Aus neurologischer Sicht könne bei der Beschwerdeführerin kein wesentlicher Befund erhoben werden und es bestehe keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die ergänzend durchgeführte neuropsychologische Untersuchung habe keine gravierenden Einschränkungen ergeben. Die infektiologische Untersuchung habe objektiv den Zustand nach FSME-Menigoencephalitis im Juni 2011 ergeben, was aufgrund des Verlaufs mit Sicherheit zu bestätigen sei. Ebenso bestehe mit Sicherheit keine Borrelieninfektion. Wegen der möglichen Residuen der FSME könne ein gewisser Anteil der angegebenen Leistungseinbusse und erhöhten Müdigkeit aus infektiologischer Sicht nachvollzogen werden, dies im Sinne einer Leistungseinbusse von 20 %. Die ophthalmologische Untersuchung habe geringe Einschränkungen ergeben; insgesamt sei bei erhaltener Fern- und Nahsehschärfe, bei jedoch erhöhten Kompensationsmechanismen, von einer leichten Leistungseinbusse von 10 % auszugehen für Tätigkeiten mit üblicher Anforderung an die Sehfähigkeiten in der freien Wirtschaft. Aus allgemeininternistischer Sicht lägen somatisch keine weiteren Befunde und Diagnosen vor. Aus psychiatrischer Sicht seien die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden formal einer Neurasthenie zuzuordnen, unscharf zu trennen von einer Dysthymie oder einer Somatisierungsstörung. Die Diagnose einer schwer-depressiven Episode könne derzeit nicht bestätigt werden. Die Beschwerdeführerin weise allenfalls leichtere depressive Verstimmungen auf, die im klinischen Bild einer Neurasthenie oder allenfalls differentialdiagnostisch einer Dysthymie Platz fänden. Das unklare syndromale Beschwerde-

bild, sofern somatisch ohne ausreichende Erklärung, führe gemäss den geprüften Indikatoren zu einer geringgradigen Einschränkung, was sich im angestammten Bereich als ... im Sinne einer Leistungseinbusse von 20 % bemerkbar mache. In einer angepassten Tätigkeit bestehe psychiatrisch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Zusammenfassend resultiere aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere, anhaltend mittelschwere Tätigkeiten und Arbeiten mit hohen Anforderungen an die Sehfähigkeit. In körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, adaptierten Tätigkeiten bestehe hingegen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, was auch auf die angestammte Tätigkeit zutrefe. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit leicht erhöhtem Pausenbedarf. Die Einschränkungen aus psychiatrischer und infektiologischer Sicht ergänzten sich, addierten sich nicht, da die gleiche Symptomatik betroffen sei und nicht scharf getrennt werden könne. Die leichte Leistungseinbusse aus ophthalmologischer Sicht könne mit den gleichen Zeitabschnitten für Pausen und Erholung genutzt werden, so dass sich ebenfalls kein additiver Effekt ergebe. Es sei anzumerken, dass die Beschwerdeführerin eine rege Alltagsaktivität aufweise, sie fahre täglich Auto, fahre regelmässig Velo, mache auch an den Wochenenden andere sportliche Verrichtungen, so dass nicht ersichtlich sei, weshalb diese Aktivitäten nicht auch im Erwerbsbereich umgesetzt werden könnten (AB 206.1/22, 44 f.).

**3.2.7** Mit Bericht vom 11. Juni 2016 machte die behandelnde Psychiaterin diverse von ihr festgestellte Widersprüche, Unvollständigkeiten und Fehlbeurteilungen in den Gutachten geltend und äusserte sich alsdann zu der von ihr diagnostizierten chronischen Borreliose. So könnten die einschränkenden Beschwerden der Beschwerdeführerin wie schwere Müdigkeit, kognitive Störungen und Kopfschmerzen sowohl von der 2011 dokumentierten schweren FSME stammen wie von der vermutlich über den gleichen Zeckenstich übertragenen Borreliose-Infektion. Die Arbeitsunfähigkeit verändere sich mit oder ohne Anerkennung einer Borreliose nicht, denn der vorliegende Nachweis des akuten Beginns der drastischen Symptome zusammen mit der passenden FSME-Serologie sei hinreichend ursächlich für solche Spätfolgen (AB 211).

**3.2.8** Am 28. Juni 2016 nahm der RAD zur Kritik der behandelnden Psychiaterin (vgl. E. 3.2.7 hiervor) Stellung (AB 214). Eine chronische Borreliose sei weder klinisch noch labormässig ausgewiesen, worauf denn auch das Gutachten (vgl. E. 3.2.6 hiervor) verweise; die behandelnde Psychiaterin bringe demgegenüber keinerlei objektive, das Vorliegen einer chronischen Borreliose belegende Befunde vor. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (entgegen der Ansicht der behandelnden Psychiaterin) nicht primär die subjektiven Beschwerden und die gestellten Diagnosen massgebend, sondern vielmehr die Art und das Ausmass der objektiv nachweisbaren funktionellen Einschränkungen, worüber sich die Gutachter angemessen äusseren. So handle es sich denn um ein umfassendes, in allen Teilen schlüssiges und medizinisch gut nachvollziehbares Gutachten.

**3.2.9** Gemäss Schreiben von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 12. September 2016 (AB 220) hätten weitere serologische Abklärungen einen reaktivierten EBV ergeben, der die verbleibende chronische Erschöpfung zu erklären vermöge. Erfahrungsgemäss könne bei einer konsequenten und langfristig angelegten Therapie die Reaktivierung des EBV rückgängig gemacht werden, doch werde bis zum Therapieerfolg die Arbeitsfähigkeit weiterhin eingeschränkt bleiben.

**3.2.10** Mit Bericht vom 4. November 2016 (in den Gerichtsakten) nahm der infektiologische Gutachter der MEDAS zu den Vorwürfen der behandelnden Psychiaterin (vgl. E. 3.2.7 hiervor) und zum neu aufgebrachten Verdacht einer reaktivierten EBV-Infektion (vgl. E. 3.2.9 hiervor) Stellung. Die Beschwerdeführerin habe nach einer 2011 durchgemachten, gut dokumentierten FSME aktuell ausschliesslich subjektive Beschwerden. Um diese Beschwerden in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zu objektivieren, sei eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt worden, welche lediglich eine minime kognitive Störung ergeben habe. Die evidenzbasierte Diagnose einer Borreliose werde entweder mit einer positiven Serologie oder mit der Kultur/PCR aus einer Biopsie gestellt. Die Beschwerdeführerin habe keines dieser diagnostischen Zeichen gehabt. Schliesslich sei nicht einzu- sehen, warum bei einer klinisch und labormässig gut dokumentierten FS- ME-Infektion (2011) nach Abschluss eines umfassenden Gutachtens nun

noch eine zweite Infektion (EBV) gesucht werden solle, für welche die Beschwerdeführerin keinerlei klinische Hinweise habe oder gehabt habe.

**3.2.11** Zu diesem Bericht hat die behandelnde Psychiaterin mit Schreiben vom 17. Januar 2017 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 5) mit Verweis auf die beigelegten Laborberichte ausgeführt, dass letztere sehr wohl auf eine Borrelieninfektion hindeuten würden. Nach Ansicht des RAD vom 17. Februar 2017 (in den Gerichtsakten) stützten sich diese Einwendungen der behandelnden Psychiaterin nicht auf die objektive klinische Befundlage; vielmehr vermute diese, dass bei der Beschwerdeführerin eine chronische, die angegebene Müdigkeit erklärende Borreliose vorliege. Bloss aufgrund eines Laborwerts könne nicht auf eine Leistungseinschränkung geschlossen werden. Auch gäbe es keinen Hinweis auf einen Organbefall durch das EBV. Das ABI-Gutachten anerkenne, dass wegen der möglichen Residuen der FSME ein gewisser Anteil der angegebenen Leistungseinbusse und erhöhten Müdigkeit aus infektiologischer Sicht nachvollzogen werden könne. Selbst wenn vorliegend eine Leistungsminderung aufgrund einer chronischen Müdigkeit durch eine Borrelien- oder Eppstein-Barr-Infektion anzunehmen wäre, würde dies nicht bedeuten, dass zu der gutachterlichen Beurteilung einer müdigkeitsbedingten Leistungseinschränkung von 20 % weitere Prozente zu addieren wären. Es bestehe entgegen der Ansicht der behandelnden Psychiaterin kein Anlass, aufgrund einzelner Laborwerte, welche für die Beurteilung des zumutbaren Leistungsvermögens irrelevant seien, die gutachterliche Beurteilung der aus medizinischer Sicht zumutbaren Leistungsfähigkeit in Zweifel zu ziehen.

**3.3** Auf die Neubegutachtung der MEDAS vom 12. April 2016 (AB 206.1; vgl. E. 3.2.6 hiervor) ist abzustellen, da sie die beweismässigen Voraussetzungen erfüllt (vgl. E. 2.5 hiervor). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt nämlich eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen eines Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können

– insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente – Abklärungs- und

Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Beschwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303, 130 V 352) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297). Diese Praxis ist mittlerweile grundsätzlich auf alle psychischen Erkrankungen anwendbar (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. November 2017, 8C\_130/2017, E. 7.2).

Vorliegend ist grundsätzlich auf das MEDAS-Gutachten abzustellen (vgl. im Detail E. 3.3.1 f. nachfolgend) und infolge der ausgewiesenen Inkonsistenzen das strukturierte Beweisverfahren nicht erforderlich (BGer a.a.O., E. 7.1). Im Übrigen darf und soll das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung 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; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

**3.3.1** Wie von der Beschwerdeführerin beschwerdeweise geltend gemacht, werden ihr im ABI-Gutachten vom 12. April 2016 aus infektiologischer Sicht eine exzessive Müdigkeit, ein erhöhtes Schlafbedürfnis, eine Leistungsintoleranz und chronische Kopfschmerzen als Residuen einer durchgemachten FSME-Meningoenzephalitis attestiert, weshalb von Seiten der Infektiologie die Arbeitsfähigkeit zurzeit noch zu 20 % eingeschränkt sei (AB 206.1/42). Gemäss ergänzendem Bericht vom 4. November 2016 (in den Gerichtsakten; vgl. E. 3.2.10 hiervor) liegen indessen aktuell ausschliesslich subjektive Beschwerden vor, zu deren Objektivierung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt wurde, welche lediglich eine minime kognitive Störung ergeben hat. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 1) lässt sich somit anhand dieser Residuen keine höhere Arbeitsunfähigkeit begründen. Gleich verhält es sich in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin in der Beschwerde, S. 1 oben, erwähnte neuropsychologische Abklärung vom 21. November 2012 (AB 50). Im späteren neurologischen (Teil-) Gutachten vom 12. Mai 2014 wurde zwar das damalige Untersuchungsverhalten als konsistent bezeichnet, doch ist es in der Folge zu Verdeutlichungstendenz und Aggravation mit der Folge einer Diskrepanz der subjektiven Beschwerden mit den objektiven Befunden (dies auch mit Blick auf die erhebliche körperliche Aktivität der Beschwerdeführerin) gekommen, was es verunmöglicht, allfällige Restsymptome abzugrenzen (AB 123.1/13). Im ABI-Gutachten vom 12. April 2016 wird zudem auf eine deutliche Verbesserung der Leistungen im Vergleich zu den vorbestehenden neuropsychologischen Untersuchungen hingewiesen (AB 206.1/37).

**3.3.2** Die ABI-Gutachter setzen sich eingehend und nachvollziehbar mit den abweichenden Meinungen der behandelnden Ärzte (vgl. E. 3.2.7 und 3.2.9 hiervor) auseinander. Insbesondere die Eingabe der behandelnden Psychiaterin vom 11. Juni 2016 (AB 211; vgl. E. 3.2.7 hiervor) steht dem ABI-Gutachten nicht entgegen, zumal die Ärztin öfters gesundheitliche Probleme aus der Zeit vor der ursprünglichen (unangefochten in Rechtskraft erwachsenen) Verfügung vom 26. September 2014 (AB 148) diskutiert und Wertungen vornimmt, welche denjenigen der Gutachter zwar entgegenstehen, diese aber nicht zu widerlegen vermögen. Darüber hinaus kann auf die zutreffende Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom

28. Juni 2016 (AB 216; vgl. E. 3.2.8 hiavor) verwiesen werden. Schliesslich macht die behandelnde Psychiaterin in Bezug auf das von ihr aufgeworfene Thema der chronischen Borreliose selber geltend, die Arbeitsunfähigkeit verändere sich mit oder ohne deren Anerkennung nicht (AB 211/25).

**3.3.3** Die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens geltend gemachte Beeinträchtigung durch eine EBV-Infektion wurde zunächst nur behauptet (Beschwerde, S. 2) und alsdann von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ mit Bericht vom 12. September 2016 (AB 220; vgl. E. 3.2.9 hiavor) bestätigt, wobei dieser Kurzbericht bloss anregt, weitere Abklärungen vorzunehmen, da die Müdigkeit der Beschwerdeführerin durch das Virus erklärbar sei. Noch deutlichere Werte für den Virusbefall stellten sich Mitte Oktober 2016 ein (Laborbefunde vom 19. Oktober 2016; BB 4). In Kenntnis der Bestätigung des reaktivierten EBV durch Dr. med. M. \_\_\_\_\_ verneinte der infektiologische Gutachter der MEDAS im Bericht vom 4. November 2016 (in den Gerichtsakten; vgl. E. 3.2.10 hiavor) nachvollziehbar eine entsprechende Symptomatik (hohes Fieber, Tonsillitis, Lymphadenopathie). Ein postvirales "chronic fatigue syndrome" (CFS) nach EBV könne nur mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden, wenn sie im Anschluss an eine akute EBV-Infektion mit den erwähnten Symptomen auftrete, was bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall gewesen ist. Die Beschwerdeführerin hat laut Gutachter weder eine manifeste EBV-Infektion gehabt noch bestehen Hinweise auf einen Organbefall. Die danach eingegangene Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom 17. Januar 2017 (BB 5; vgl. E. 3.2.11 hiavor) ist vor allem eine Kritik der Einschätzung des infektiologischen Gutachters der MEDAS vom 4. November 2016 und ein eigentlicher Streit unter Ärzten, der inhaltlich wenig weiterhilft. Deren Thesen werden denn auch vom RAD-Arzt im Bericht vom 17. Februar 2017 (in den Gerichtsakten; vgl. E. 3.2.11 hiavor) mangels objektiv nachweisbarer klinischer Befunde widerlegt.

Auch die erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung geltend gemachte Beeinträchtigung durch eine EBV-Infektion ändert – soweit sie angesichts des zeitlich beschränkten Überprüfungshorizonts des Gerichts überhaupt zu berücksichtigen ist (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4) – nichts am Gutach-

ten. Einzig unter Verweis auf erhöhte Laborwerte ohne entsprechende Symptomatik (hohes Fieber, Tonsillitis, Lymphadenopathie) bzw. Organbefall vermögen die behandelnden Ärzte das ABI-Gutachten mitsamt dessen Nachtrag nicht in Zweifel zu ziehen.

Soweit es sich indessen bei der EBV-Infektion und zusätzlich beim erstmals in den am 15. März 2017 eingegangenen Schlussbemerkungen der Beschwerdeführerin erwähnten Plattenepithelkarzinom um neue bzw. zusätzliche medizinische Sachverhalte handelt, die sich erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wären deren allfälligen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit deshalb – auf entsprechende Neuanmeldung hin – Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung. Eine Beurteilung im vorliegenden Verfahren fällt jedoch ausser Betracht (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140; SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4).

**3.3.4** Dem voll beweiskräftigen ABI-Gutachten (AB 206.1) mitsamt dessen Nachtrag (in den Gerichtsakten) zufolge ist von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen, womit eine revisionsrechtlich relevante Veränderung im Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin eingetreten ist. Ob bzw. wie lange die gutachterlich attestierte Einschränkung auch vor dem Hintergrund der erheblichen Inkonsistenzen beachtlich ist, kann angesichts des Ergebnisses offen bleiben.

#### **4.**

Gestützt auf das eben formulierte Zumutbarkeitsprofil ist im Folgenden der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

#### **4.1**

**4.1.1** 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).

**4.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). 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 (BFS) herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). 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 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**4.1.3** Der frühest mögliche Rentenbeginn fällt unter Berücksichtigung der von den Gutachtern ab Juni 2011 attestierten Arbeits- und Leistungsunfähigkeit (AB 206.1/45; Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG [soweit diese Voraussetzung vorliegend bei einer Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 20 % in einer adaptierten Tätigkeit überhaupt erfüllt ist]) sowie der Neuanmeldung zum Leistungsbezug im Dezember 2014 (AB 151 bzw. 153; Art. 29 Abs. 1 IVG) auf den 1. Juni 2015. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich vorzunehmen.

## 4.2

**4.2.1** Die Beschwerdegegnerin ermittelte das unbestrittene Valideneinkommen richtigerweise anhand der Angaben der letzten Arbeitgeberin (Einkommen ohne Gesundheitsschaden für das Jahr 2012: Fr. 70'200.--; AB 18/4 Ziff. 2.11), ist doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass dieses Arbeitsverhältnis aus medizinischen Gründen aufgelöst wurde (vgl. AB 16 i.V.m. AB 21) und im hypothetischen Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre. Aufindexiert auf das Jahr 2015 (vgl. E. 4.1.3 hiervor) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 72'114.-- (Nominallohnindex Frauen, Tabelle T1.2.10, lit. G, Index Jahr 2012: 102.7 Punkte, Index Jahr 2015: 105.5 Punkte [abrufbar unter [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)]).

**4.2.2** Die Beschwerdeführerin hat keine Tätigkeit im ihr zumutbaren Rahmen aufgenommen. Entsprechend ist das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte festzusetzen. Mit Blick auf die LSE 2014, TA1, Ziff. 47, Kompetenzniveau 3, Frauen (Fr. 5'087.--), angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit, indexiert auf das Jahr 2015 sowie unter Berücksichtigung der medizinisch ausgewiesenen Leistungsminderung von 20 % (vgl. E. 3.3.4 hiervor) beläuft sich dieses auf Fr. 51'251.-- (Fr. 5'087.-- x 12 / 40 x 41.7 / 104.8 x 105.5 x 0.8). Hiervon rechtfertigt sich aufgrund der vorliegend persönlichen und beruflichen Umstände kein Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiervor).

**4.2.3** Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 20'863.-- und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 29 % (Fr. 20'863.-- / Fr. 72'114.-- x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123). Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.2 hiervor). Die gegen die Verfügung vom 1. Juli 2016 (AB 215) erhobene 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. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat damit grundsätzlich die Verfahrenskosten zu bezahlen, die gerichtlich auf Fr. 800.-- festgesetzt werden.

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

**5.3** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Das vorliegend zu beurteilende Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege bezieht sich mangels anwaltlicher Vertretung einzig auf die Befreiung von den Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Die Prozessarmut der vom Sozialdienst unterstützten Beschwerdeführerin ist gestützt auf die von ihr eingereichten Unterlagen erstellt. Da weiter das Beschwerdeverfahren nicht als von vornherein aussichtslos zu betrachten ist, ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht gutzuheissen. Der Beschwerdeführerin ist damit – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272), d.h. sobald sie innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist – vorläufig von der Bezahlung der Verfahrenskosten zu befreien.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird hinsichtlich der Verfahrenskosten gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- 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.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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