

200 16 963 IV
SCI/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Januar 2017

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 8. September 2016



Sachverhalt:

A.

Am 5. August 2003 meldete sich die 1956 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) mit Hinweis auf die Folgen eines Autounfalls vom 21. Dezember 2002 bei der IV-Stelle ... (IV..) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin; act. IIA] 11.1/5). Die IV.. klärte die beruflichen und medizinischen Gegebenheiten ab und verneinte gestützt auf das von ihr in Auftrag gegebene interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 10. Juli 2007 (Akten der IVB [act. IIB] 18.1/341) mit Verfügung vom 23. September 2008 (Akten der IVB [act. II] 11.1/520) bei einem Invaliditätsgrad von 28% den Anspruch auf eine Invalidenrente. Auf Beschwerde hin (act. II 11.1/533) bestätigte das Versicherungsgericht des Kantons ... mit Urteil vom 5. Juli 2010, IV 2008/447 (act. II 11.1/569), die Abweisung des Leistungsbegehrens für die Zeit ab Dezember 2005 bei einem Invaliditätsgrad von 32% (S. 580 Ziff. 6.5). Für die Zeit bis Dezember 2005 wies es die Sache zur Abklärung eines befristeten Rentenanspruchs an die IV.. zurück (S. 576 Ziff. 4.2). Mit Verfügung vom 12. Oktober 2010 (act. II 11.1/789) verneinte die IV.. bei einem Invaliditätsgrad von 28% den Anspruch auf eine Invalidenrente.

B.

Am 23. Februar 2013 (act. II 1) meldete sich die Versicherte mit Hinweis auf seit 2002 bestehende Beeinträchtigungen an Rücken, Becken und Schulter bei der IVB zum Leistungsbezug an. Diese tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und gewährte eine berufliche Abklärung vom 27. Oktober 2014 bis 30. Januar 2015 (Akten der IVB [act. IIC] 44). Nach Einholung eines Gutachtens bei Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 26. April 2016 (act. IIC 73.1) stellte sie mit Vorbescheid vom 27. Mai 2016 (act. IIC 76) bei einem Invaliditätsgrad von 10% die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht. Hiergegen erhob die Versicherte Einwände (act. IIC

85/2) und stellte das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege im Verwaltungsverfahren (act. IIC 86). Letzteres wies die IVB mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 17. August 2016 (act. IIC 88) ab. Über den Rentenanspruch entschied sie nach Einholung einer Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 2. September 2016 (act. IIC 89) mit Verfügung vom 8. September 2016 (act. IIC 90) wie im Vorbescheid angekündigt.

C.

Mit Eingabe vom 10. Oktober 2016 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, hiergegen Beschwerde. Sie beantragt, in Aufhebung der Verfügung vom 8. September 2016 sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, eine medizinische Begutachtung in Auftrag zu geben und alsdann die Leistungsansprüche neu zu prüfen. Mit Schreiben vom gleichen Tag stellt sie das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 7. November 2016 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 8. September 2016 (act. IIC 90). 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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf

dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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 Viertelrente.

2.3

2.3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

2.3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.3.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

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

3.

3.1 Vorliegend ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der leistungsablehnenden Verfügung vom 23. September 2008 (act. II 11.1/520), welche durch das Versicherungsgericht des Kantons ... für die Zeit ab Dezember 2005 bestätigt worden war (act. II 11.1/569 S. 580 Ziff. 6.5), und der hier angefochtenen Verfügung vom 8. September 2016 (act. IIC 90) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3 hiavor). Nicht massgebend ist die Verfügung vom 12. Oktober 2010 (act. II 11.1/789), welche aufgrund der Anweisung des Versicherungsgerichts des Kantons ..., den Sachverhalt vor Dezember 2005 erneut zu prüfen, erging (act. II 11.1/569 S. 576 Ziff. 4.2).

3.2 Die Verfügung vom 23. September 2008 (act. II 11.1/538) basierte im Wesentlichen auf dem MEDAS-Gutachten vom 10. Juli 2007 (act. IIB 18.1/341) in welchem mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbosakrovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5), ein chronisches zervikozephales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M53.0/M31.1) sowie ein chronischer Kopfschmerz (ICD-10 G44.1), DD Migränekopfschmerz, Spannungskopfschmerz, diagnostiziert wurde (S. 364 f. Ziff. 5.1). Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde u.a. eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) genannt (Ziff. 5.2). Aus inter-

nistischer wie psychiatrischer Sicht bestünde keine Gesundheitsschädigung mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 353 Ziff. 3.4). Orthopädisch bestehe für körperlich leichte Tätigkeiten mit einer Hebe- und Traglast von 5 kg, die in wechselnder Position und ohne Zwangshaltungen von unterer Wirbelsäule oder unteren Extremitäten sowie mit nur gelegentlichem Besteigen von Treppen und ohne Besteigen von Leitern durchgeführt werden könnten, eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Darüber hinausgehende Belastungen sollten der Versicherten nicht zugemutet werden. Für nicht adaptierte Tätigkeiten bestehe bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit. Aus neurologischer Sicht bestehe mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Kopfschmerzproblematik, welche insgesamt zu einer Leistungsverminderung von 20% führe. Zusammenfassend bestehe für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten eine zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% bei ganztägiger Präsenz mit etwas reduziertem Rendement (S. 366 Ziff. 6.2).

3.3 Seit der Verfügung vom 23. September 2008 (act. II 11.1/520) ist den Akten betreffend den medizinischen Sachverhalt im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.3.1 Am 18. Februar 2010 erlitt die Versicherte einen Myokardinfarkt, weshalb sie bis zum 1. März 2010 hospitalisiert war (vgl. Bericht des Spitals I. _____ vom 26. Februar 2010 [act. IIB 18.1/144]). Anschliessend erfolgte bis zum 20. März 2010 ein Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik J. _____ (vgl. Bericht vom 14. April 2010 [act. IIB 18.1/126]).

3.3.2 Im zu Händen des Unfallversicherers erstellten interdisziplinären Gutachten der Begutachtungsinstitut D. _____ vom 8. Juli 2010 (act. IIC 18.1/62) wurde als unfallbedingte Diagnose ein Status nach Polytrauma am 21. Dezember 2002 gestellt (act. IIB 18.1 S. 110 Ziff. 6). Es bestünden eine ganze Reihe von unfallfremden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die bereits objektiv nachgewiesen worden seien, u.a. mit stenosierenden Beckenarterien, die zu einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit geführt hätten sowie eine koronare Verschlusskrankheit mit konsekutivem Myokardinfarkt, ferner eine Arteriosklerose der Bauchaorta mit nachgewiesener Ektasie, und konstitutionell bedingte Anomalien des lumbosakralen Übergangs, die wahrscheinlich die unfallvorbekstehende Fehlstatik verur-

sacht hätten und möglicherweise zu Leistungslimitierungen führen würden. Inwieweit die subjektiv empfundene generalisierte Kraftabschwächung auf diese unfallfremden Faktoren zurückzuführen sei, müsse differentialdiagnostisch diskutiert werden, was jedoch nicht Gegenstand dieser Abklärung sei (S. 111 Ziff. 7.1. lit. b).

3.3.3 Im Bericht des Spitals E. _____ vom 1. Februar 2013 (act. IIC 18.1/2) wurde ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits, ein chronisches zervikospondylogenes bis zervikozephalales Schmerzsyndrom, eine koronare 2-Ast-Erkrankung sowie eine periphere arterielle Verschlusskrankheit im Stadium IIa diagnostiziert. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Versicherte für leichte, wechselbelastende körperliche Tätigkeiten zu einem mindestens 50%-igen Teilzeitpensum arbeitsfähig.

Am 8. März 2013 (act. II 4) führte das Spital E. _____ aus, die Versicherte habe am 18. Februar 2012 einen Myokardinfarkt erlitten, der im Spital I. _____ behandelt worden sei.

3.3.4 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 12. Februar 2014 (act. II 29/9) wird eine traumatische Schulterluxation rechts vom 26. November 2013 diagnostiziert. Am 18. Februar 2014 erfolgte ein offene Reposition (act. IIC 69/5).

Im Bericht vom 18. Juni 2014 des gleichen Spitals (act. IIC 45/8) wurde ein Stolpersturz vom 9. Juni 2014 aufs linke Knie aufgeführt. Seither bestünden starke Schmerzen, vor allem bei Belastung. Es wurde eine Kniekontusion diagnostiziert.

Am 30. Juli 2014 (act. IIC 45/4) führte das Spital F. _____ aus, betreffend das linke Kniegelenk sei die Versicherte mit dem Verlauf zufrieden und es bestünden nur noch leichte Restbeschwerden. Auch im Bereich der rechten Schulter sei sie mit dem Verlauf zufrieden. Schmerzen bestünden noch bei Überkopfbewegungen/-belastungen, vor allem bei der seitlichen Abduktion. Immer noch lägen Bewegungseinschränkungen im Überkopfbereich und im Schürzengriffbereich vor (S. 4). Betreffend die rechte Schulter wurde eine letzte Physiotherapieserie verordnet. Es bestehe kein Hinde-

rungsgrund, den versuchsweisen Arbeitseinsatz welcher unfallbedingt habe verschoben werden müssen, nun zu leisten (S. 5).

Am 21. Oktober 2014 (act. IIC 45/2) meldete sich die Versicherte beim Spital F._____, da sie bei bestimmten Bewegungen noch immer Schmerzen im Bereich der rechten Schulter habe. Diese seien persistierend aber nicht zunehmend.

3.3.5 Im RAD-Bericht vom 14. November 2014 (act. IIC 48) diagnostizierte Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in Ergänzung zum MEDAS-Gutachten vom 10. Juli 2007 (act. IIB 18.1/341) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach traumatischer Schulterluxation rechts am 27. November 2013 mit mehrfragmentärer Fraktur des Tuberculum majus mit sekundärer Dislokation und zusätzlich gelenkseitiger Partialruptur der inserierenden Rotatorenmanschette. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er in Ergänzung zum Gutachten die Diagnosen eines Status nach Kniekontusionstrauma links am 10. Juni 2014 und nach Herzinfarkt am 18. Februar 2012 auf (S. 4). Bezogen auf die rechte Schulter sei das Zumutbarkeitsprofil, wie es im MEDAS-Gutachten formuliert worden war, in dem Sinne zu ergänzen, als dass keine manuellen Überkopfarbeiten (Augenhöhe), keine Arbeiten mit längerer Armvorhaltung unter Belastung sowie kein rumpffernes Lastenheben mit dem rechten Arm mehr zumutbar seien. Am damals gutachterlich formulierten quantitativen und qualitativen Leistungsvermögen ändere der Status nach traumatischer Schulterluxation rechts nichts. Auch der Status nach Herzinfarkt ändere im Wesentlichen nichts am gutachterlich formulierten Zumutbarkeitsprofil. Einzig seien diesbezüglich auch Tätigkeiten mit hoher Stressbelastung, in Hitze und grosser Kälte, Akkordarbeiten und Nachtschicht (unregelmässige Schlafzeiten) nicht geeignet (S. 4).

3.3.6 In der Sprechstundenkontrolle im Spital F._____ am 6. Januar 2015 (act. IIC 50/5) gab die Versicherte an, anlässlich der beruflichen Abklärung ab Oktober 2014 hätten die Schmerzen im Bereich der rechten Schulter trotz Zuweisung anderer/leichterer Arbeit zugenommen. Schon nach einer bis zwei Arbeitsstunden habe sie vermehrt Beschwerden verspürt, so dass sie am Schluss des Arbeitstages nur noch den linken Arm habe gebrauchen können (S. 5). Am 9. Januar 2015 (act. IIC 50/4) führte

das Spital aus, die angegebenen, sekundär verstärkten Beschwerden seien hochwahrscheinlich durch ein subakromiales Schraubenimpingement bedingt. Es wurde die operative Revision mit Schraubenentfernung und subakromialem Debridement empfohlen. Die Belastungsfähigkeit des rechten Armes sei sicherlich eingeschränkt. Nach der Operation dürfe jedoch mit guter Prognose von einer Verbesserung der Gesamtsituation ausgegangen werden. Am 11. Februar 2015 unterzog sich die Versicherte dem operativen Eingriff (act. IIC 60/6). Im Sprechstundenbericht vom 27. März 2015 (act. IIC 57/3) wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin scheine vom Eingriff am 11. Februar 2015 sehr gut zu profitieren. Im Überkopfbereich bestünden noch endgradige Einschränkungen. Rein betreffend die rechte Schulter könnte die Versicherte aus chirurgischer Sicht Tätigkeiten auf Tischhöhe durchaus durchführen bzw. wären diese Arbeiten zumutbar.

Am 28. Oktober 2015 (act. IIC 69/2) unterzog sich die Versicherte im Spital F._____ einem operativen Eingriff am linken Knie (arthroskopische, partielle posteromediale Meniskusresektion, Plica-Resektion).

3.3.7 Im orthopädischen Gutachten vom 26. April 2016 (act. IIC 73.1) stellte Dr. med. C._____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit dem Bewegungsapparat, wobei er jedoch gleichzeitig Einschränkungen im Leistungsprofil attestierte (S. 20 Ziff. 3; vgl. auch anschliessend). Die empfundenen und geltend gemachten Einschränkungen seien mit den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden nicht hinreichend erklärbar (S. 21 Ziff. 1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden im Zusammenhang mit dem Bewegungsapparat ein Status nach Polytrauma am 21. Dezember 2002, ein chronisches lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom beidseits, ein chronisches cervico-spondylogenes bis cervicocephales Schmerzsyndrom, ein Status nach Schulterluxation rechts vom 27. November 2013, ein arthrodesiertes DIP Dig. IV rechts sowie ein Status nach Kontusion beider Knie. Gemäss den Akten bestünden ausserhalb des Bewegungsapparates eine depressive Anpassungsstörung, eine koronare Zweiasterkrankung, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit sowie ein Status nach Myokardinfarkt (S. 22 Ziff. 2). Seit 2010 habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten verändert. Neben einer Schulterluxation rechts und einer Ringfin-

gerverletzung rechts habe sie sich Kontusionen beider Knie zugezogen (S. 18 f. Ziff. 1). Das geklagte Beschwerdebild im Rücken könne zwar zum Teil erklärt werden, sei aber chronifiziert und daher kaum mehr zu beeinflussen (S. 20 Ziff. 2). Während die Schulterverletzung nach der Behebung der Komplikation (11. Februar 2015) zeitgerecht ausgeheilt sei, d.h. die Einsatzfähigkeit des rechten dominanten Armes bis ca. drei bis vier Monate postoperativ noch beeinträchtigt habe, hätten die Kontusionen an den Knien keine arbeitswirksame Funktionsstörung zur Folge gehabt. Diese (temporären) Veränderungen seien jeweils bei den Ereignissen aufgetreten und würden sich heute aus orthopädischer Sicht weder bei der angestammten Tätigkeit am ... noch bei einer angepassten Tätigkeit zeitlich oder graduell negativ auswirken. Eine körperlich leichtere Arbeit als die angestammte gebe es wohl nicht (S. 19 Ziff. 2). Eine angepasste Tätigkeit (wechselbelastend, nicht regelmässig in vorgeneigter Haltung oder gebückt) sei aufgrund der Befunde am Bewegungsapparat aus orthopädisch-traumatologischer Sicht zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt zumutbar (S. 20 Ziff. 3). Ob die Diagnosen, welche nicht den Bewegungsapparat betreffen würden (depressive Anpassungsstörung, koronare Zweiasterkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Status nach Myokardinfarkt), einen Einfluss auf die Schmerzempfindung und/oder Kraft/Ausdauer hätten, sei von ihm (Dr. med. C. _____) nicht abschliessend zu beantworten (empirisch eher nein), weil ihm die Fachkompetenz betreffend Schwere/Ausprägung und konsekutive Auswirkung dieser Diagnosen fehlen würde (S. 22 Ziff. 3).

3.3.8 Der behandelnden Chiropraktor Dr. H. _____ diagnostizierte im Bericht vom 8. Juli 2016 (act. IIC 85/6) ein chronifiziertes panvertebrales Schmerzsyndrom nach Becken-/LWS-Frakturen (Ziff. 1). Die Versicherte sei zurzeit nicht arbeitsfähig. Es bestehe eine deutlich reduzierte Belastungsfähigkeit des Achsenskeletts nach jahrelanger Dysfunktion resp. Kompensation (Ziff. 4).

3.3.9 Der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ führte in der Stellungnahme vom 6. September 2016 (act. IIC 89) aus, das orthopädische Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 26. April 2016 (act. IIC 73.1) überzeuge formal, inhaltlich und in seinen Schlussfolgerungen. Aus medizinischer Sicht sei es schlüssig. Sowohl aus dem Gutachten der MEDAS (act. IIB

18.1/341) als auch jenem von Dr. med. C._____ (act. IIC 83.1) gehe hervor, dass bezogen auf eine angepasste (körperlich leichte) Tätigkeit keine relevanten körperlichen Einschränkungen seitens des Bewegungsapparates ausgewiesen seien (act. IIC 89 S. 4). Die Kopfschmerzproblematik sei offenbar im Vergleich zur MEDAS-Begutachtung 2007 stark in den Hintergrund getreten. Das Bestehen einer „depressiven Anpassungsstörung“ sei nicht belegt und wäre selbst bei deren Vorliegen invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant (act. IIC 89 S. 7). Bezüglich des durchgemachten Herzinfarkts verwies der RAD auf seine Stellungnahme vom 14. November 2014 (act. IIC 89 S. 7; vgl. E. 3.3.5 hiervor). Seitens des Bewegungsapparates erbringe die orthopädische Begutachtung von Dr. med. C._____ im Vergleich zur orthopädischen MEDAS-Begutachtung von 2007 keine gesundheitliche Verschlechterung mit andauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (S. 7). Der Versicherten sei eine ihrem Alter, ihrer körperlichen Konstitution, ihren degenerativen Alterserscheinungen am Bewegungsapparat und den über das Altersübliche hinausgehenden degenerativen und posttraumatischen Veränderungen des Bewegungsapparates sowie dem Zustand nach Herzinfarkt angepasste, d.h. körperlich eher leichte Tätigkeit, mit der Möglichkeit zur Wechselpositionierung, ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule und ohne häufiges Bücken, ohne häufiges manuelles Arbeiten über Kopf mit dem rechten Arm, ohne häufiges Arbeiten mit längerer Vorhaltung des rechten Arms, ohne häufiges rumpffernes Lastenheben mit dem rechten Arm zumutbar. Bezüglich des durchgemachten Herzinfarkts seien Tätigkeiten mit dauernder hoher Stressbelastung, in Hitze und grosser Kälte, Akkordarbeiten und Nachtschicht (unregelmässige Schlafzeiten) nicht günstig. Bei Vorliegen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit der unteren Extremitäten könnte sich eine Einschränkung der maximalen Gehstrecke ergeben, was allerdings vorliegend nicht angegeben werde. Eine solcherart angepasste Tätigkeit könne gestützt auf die vorliegenden Angaben, insbesondere gestützt auf die objektive Befundlage, zu einem vollen Tagespensum und ohne wesentliche Einschränkung ausgeübt werden (S. 8).

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 Angesichts der Aktenlage sind Revisionsgründe im Sinne gesundheitlicher Veränderungen offensichtlich ausgewiesen, zumal die Beschwerdeführerin im massgebenden Zeitraum seit der Verfügung vom 23. September 2008 (act. II 11.1/520) Unfälle betreffend die rechte Schulter und das linke Knie sowie einen oder zwei (vgl. hierzu nachfolgend) Myokardinfarkte erlitt, welche allesamt zu operativen Eingriffen führten. Die Veränderung des Gesundheitszustandes wird denn auch vom orthopädischen Gutachter Dr. med. C. _____ postuliert (vgl. act. IIC 73.1 S. 18 Ziff. 1). Somit hat die Beschwerdegegnerin zu Recht eine freie Prüfung vorgenommen. Unter Berücksichtigung, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) und die Beschwerdeführerin am 23. Februar 2013 (act. II 1) eine Neuanmeldung einreichte, kann frühestens ab August 2013 ein Rentenanspruch bestehen.

3.6 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der Verfügung vom 8. September 2016 (act. IIC 90) im Wesentlichen auf das orthopädische Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 26. April 2016 (act. IIC 73.1) sowie die

Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. G. _____ vom 14. November 2014 (act. IIC 48) und 6. September 2016 (act. IIC 89). Dem kann nicht gefolgt werden.

3.6.1 Der vorliegende Fall mit einer multimorbiden Leistungsansprecherin kann nicht allein gestützt auf ein monodisziplinäres orthopädisches Gutachten beurteilt werden. Mit Blick auf die verschiedenen gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin hat sich der Experte Dr. med. C. _____ in seinem Gutachten vom 26. April 2016 denn auch zu Recht ausdrücklich auf die orthopädisch-traumatologische Beurteilung beschränkt (vgl. act. IIC 73.1 S. 18 ff.). Was die ausserhalb des Bewegungsapparats seit der letzten Beurteilung neu aufgetretenen Gesundheitsschäden angeht, enthielt er sich einer Beurteilung (S. 22 Ziff. 3, S. 23 Ziff. 2). Sein Gebiet betreffend attestierte er Einschränkungen im Rendement.

3.6.2 Die Beschwerdegegnerin hat den Sachverhalt im Rahmen einer Aktenbeurteilung letztmals im Einwandverfahren durch ihren RAD-Arzt beurteilen lassen. Wenn dieser in seiner Stellungnahme vom 6. September 2016 zum Schluss kommt, das Gutachten des Dr. med. C. _____ überzeuge, so kann dem aus rein monodisziplinärer Sicht möglicherweise gefolgt werden. Nicht gefolgt werden kann dem RAD-Arzt jedoch, wenn er die gebotene interdisziplinäre Beurteilung der multimorbiden Beschwerdeführerin im Rahmen einer reinen Aktenbeurteilung, ohne insbesondere aktuelle kardiologische Berichte und eigene Untersuchung und ohne Beizug spezialisierter weiterer Ärzte (allenfalls auch des RAD) abgibt.

Zunächst verfügt er als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin nur beschränkt über die erforderliche Fachkompetenz, um abschliessend über die sich vorliegend aus verschiedenen Fachbereichen ergebenden und sich gegenseitig beeinflussenden gesundheitlichen Beschwerden und dadurch bedingten Einschränkungen zu befinden. Wenn auch die einzelnen fachspezifischen Beurteilungen isoliert betrachtet nicht abwegig sind, so bedarf es im Falle einer solchen Polymorbidität zwingend der fachübergreifenden Abklärung und interdisziplinären Absprache von Fachärzten der betroffenen Disziplinen. Allein dies gewährleistet, dass die Gesundheitsschäden umfassend erhoben und die Wechselwirkungen korrekt berücksichtigt und das massgebliche Leistungsprofil hinreichend sicher festgestellt werden

kann. Insbesondere fehlt letztlich sowohl eine aktuelle wie auch (mit Blick auf eine allenfalls befristete Rente) eine den Verlauf dokumentierende kardiologische Beurteilung. Dabei stellen sich derzeit nicht zuletzt auch Fragen zur Korrektheit der wenigen aktenkundigen kardiologischen Berichte. So liegt ein Bericht des Spitals I. _____ vor, der über den Myokardinfarkt vom 18. Februar 2010 und die gleichentags aufgenommene Behandlung Bericht erstattet (vgl. E. 3.3.1). In den medizinischen Berichten wird danach verschiedentlich ein genau zwei Jahre später, am 18. Februar 2012, erfolgter zweiter Myokardinfarkt erwähnt, der wiederum im Spital I. _____ behandelt worden sei (vgl. E. 3.3. in fine). Ein Bericht des Spitals I. _____, worin dieser erneute Myokardinfarkt bestätigt worden wäre, ist in den Akten jedoch nicht enthalten. Gleichzeitig nahm das Spital E. _____, welches am 8. März 2013 offenbar erstmals aktenkundig auf diesen angeblich zweiten Myokardinfarkt hinwies auch auf eine Erhebung bereits im Jahr 2011 Bezug. In diesem Sinne bestehen Anzeichen, dass allein *ein* Myokardinfarkt erfolgt sein könnte, dem nicht ursprünglich behandelnden Spital E. _____ ein Schreibfehler bei der Übernahme erfolgte und dieser Fehler inzwischen in verschiedensten medizinischen Berichten tradiert wurde. Wie es sich damit verhält ist schliesslich von nicht geringer Bedeutung für die Beurteilung der Frage der effektiv vorhandenen Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des Gesundheitsschadens am ... im Schichtbetrieb, oft in der Nacht, tätig (act. IIC 18.1/62 S 86 Ziff. 2.5.1). Dr. med. C. _____ führte hierzu aus, eine körperlich leichtere Tätigkeit als die angestammte gebe es wohl nicht und die Beschwerdeführerin sei darin nicht eingeschränkt (act. IIC 73.1 S. 19 Ziff. 2). Der kardiologischen Problematik mass der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ hingegen zumindest insoweit Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu, als er ausführte, der Beschwerdeführerin seien keine Tätigkeiten mit hoher Stressbelastung, in Hitze und grosser Kälte, keine Akkordarbeiten und Nachtschicht [unregelmässige Schlafzeiten] zumutbar (act. IIC 55.18 S. 21). Damit bestehen sich widersprechende bzw. ausschliessende Leistungsprofile.

3.6.3 Die Beschwerdeführerin wurde bis anhin zweimal interdisziplinär begutachtet. Diese Gutachten sind für die hier gebotene Beurteilung jedoch nicht mehr von Bedeutung. Das MEDAS-Gutachten vom 10. Juli 2007 (act. IIB 18.1/341) wie das von der Suva bei Begutachtungsinstitut D. _____ eingeholte interdisziplinäre Gutachten vom 8. Juli 2010 (act. IIC 18.1/62) beinhalten wesentliche, erst danach aufgetretene Gesundheitsschäden nicht. Hinzu kommt, dass das Gutachten der Begutachtungsinstitut D. _____ mit dem Fokus einer (kausalen) unfallversicherungsrechtlichen Beurteilung erstellt wurde.

3.6.4 Ungeklärt geblieben und anhand der vorliegenden Akten gleichermaßen nicht beurteilt werden kann schliesslich auch die Frage nach dem Anspruch auf eine allenfalls befristete Rente.

Nach der Operation vom 18. Februar 2014 (act. IIC 69/5) wurde im Bericht vom 23. April 2014 (act. IIC 45/12) ein positiver Heilverlauf festgehalten. Noch vor dem Beginn der beruflichen Abklärungen am 27. Oktober 2014 (vgl. act. IIC 51/2) meldete sich die Beschwerdeführerin am 21. Oktober 2014 (act. IIC 45/2) und klagte über immer noch vorliegende aber nicht zunehmende Schmerzen im Bereich der rechten Schulter. Das Spital F. _____ riet auf Zuwarten. Bei Wiederaufnahme des Testarbeitsplatzes wurden dann vermehrt Beschwerden geklagt (act. IIC 50/5). Auch im Schlussbericht zur beruflichen Abklärung (27. Oktober 2014 bis 30. Januar 2015) vom 11. Februar 2015 (act. IIC 55.14) wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin hätte gewisse Arbeiten nicht verrichten können, da die funktionale Belastung des rechten Arms auch ohne Gewicht, infolge Anhebens oder kleinem Druck mit kurzer Drehbewegung, zu gross gewesen wäre (S. 3). Am 8. Januar 2015 (act. IIC 50/4) wurde zur operativen Revision mit Schraubenentfernung und subakromialem Debridement geraten. Die Operation wurde am 11. Februar 2015 (act. IIC 60/6) durchgeführt. Im Physiotherapie-Sprechstundenkontrollbericht vom 27. März 2015 (act. IIC 57/3) wurde ausgeführt, aus rein chirurgischer Sicht könne die Beschwerdeführerin betreffend die rechte Schulter Tätigkeiten auf Tischhöhe ausführen. Die vermehrten Beschwerden wurden damit zumindest vermutungsweise organischen Grundlagen zugeordnet (vgl. u.a. act. IIC 55.20). Damit besteht aber die Möglichkeit, dass die Beschwerdeführerin bezüglich der Schulter-

problematik nach dem Unfall vom 27. November 2013 mehr als ein Jahr arbeitsunfähig und darüber hinaus (eventuell nur befristet) rentenrelevant erwerbsunfähig gewesen sein könnte.

3.7 Unter diesen Umständen ist eine interdisziplinäre Beurteilung mit Beizug der entsprechenden Fachärzte unabdingbar und die Sache zur polydisziplinären Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird dabei vor der Begutachtung die sich zur Krankengeschichte der Beschwerdeführerin stellenden Fragen zu klären und aktuelle Berichte der behandelnden Ärzte zu erheben haben.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwältin B. _____ vom 16. November 2016 wird die Parteientschädigung auf Fr. 4'159.95 (15.37 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 9.30 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 308.15 [8% von Fr. 3'851.80]) festgesetzt. Die-

sen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

4.3 Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 8. September 2016 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie - nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen - neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'159.95 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin 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 Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.