

200 17 256 IV
FUR/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. März 2018

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. Februar 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1960 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) bezog wegen eines Darmleidens von September 1988 bis Juni 1996 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50% eine Invalidenrente (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin; act. II] 1.1).

Infolge eines am 28. Mai 2005 erlittenen Autounfalls meldete sich die Versicherte am 19. September 2006 (act. II 2) bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach getätigten Abklärungen verneinte die IVB mit Verfügung vom 7. Juni 2011 (Akten der IVB [act. IIA] 108) bei einem in Anwendung der gemischten Methode (50% Erwerb, 50% Haushalt) errechneten Invaliditätsgrad von 6% einen Rentenanspruch. Die Verfügung blieb unangefochten.

B.

Am 17. April 2012 (act. IIA 113) meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an, welche in der Folge berufliche und medizinische Abklärungen tätigte. Insbesondere gestützt auf den Aktenbericht von Dr. med. B. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 25. November 2016 (act. IIA 179) sowie den Abklärungsbericht Haushalt vom 14. Oktober 2014 (act. IIA 161/5) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 2. Dezember 2016 (act. IIA 180) bei einem in Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (100% Erwerb) ermittelten Invaliditätsgrad von 30% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Dagegen erhoben die Versicherte (act. IIA 185) bzw. das Spital C. _____ (act. IIA 188) Einwände. Mit Verfügung vom 9. Februar 2017 (act. IIA 189) entschied die IVB dem Vorbescheid entsprechend.

C.

Mit Eingabe vom 9. März 2017 erhob die Versicherte hiergegen Beschwerde. Sie beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei der medizinische Sachverhalt weiter abzuklären. Zudem stellt sie das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege in Bezug auf die Verfahrenskosten.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 2. Mai 2017 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 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 Verwaltungspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 9. Februar 2017 (act. IIA 189). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und

dabei insbesondere die Frage, ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist.

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).

2.3

2.3.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

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 Neuanschuldungsverfahren – 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 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 17. April 2012 (act. IIA 113) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der letzten leistungsablehnenden Verfügung vom 7. Juni 2011 (act. IIA 108) und der hier angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2017 (act. IIA 189) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit einen allfälligen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.3 hiervor).

3.2 Zum Zeitpunkt der Verfügung vom 7. Juni 2011 bewohnte die Beschwerdeführerin zusammen mit ihrer Tochter, welche sich in der Ausbildung zur ... befand, gemeinsam eine 4-Zimmerwohnung (act. IIA 100 S. 5 Ziff. 3 und 101 S. 3 Ziff. 2.1). Inzwischen ist die Tochter ausgezogen (act. IIA 126 S. 3 Ziff. 1.4) und die Beschwerdeführerin zu ihrem Partner nach ... gezogen (act. IIA 161/5). Damit sind im Haushalt wesentliche Änderungen eingetreten, die geeignet sind, den Invaliditätsgrad und damit einen allfälligen Rentenanspruch zu beeinflussen.

Aber auch aus medizinischer Sicht sind seit der Verfügung vom 7. Juni 2011 Veränderungen eingetreten, die sich auf den Invaliditätsgrad auswirken können, nachdem der Beschwerdeführerin u.a. am 8. Januar 2013 im linken Knie (act. IIA 146/5) sowie am 1. Dezember 2015 im rechten Knie (act. IIA 173/2) je eine Totalprothese eingesetzt wurde und sie sich am 21. Oktober 2013 an der Halswirbelsäule operieren liess (act. IIA 158/5).

Aufgrund des Dargelegten sind in medizinischer und erwerblicher Hinsicht Revisionsgründe ausgewiesen, was zur Folge hat, dass 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 ist (vgl. E. 2.3.3 hiervor). Offen bleiben kann vorliegend, ob eine Statusänderung vorliegt.

3.3 Seit der Verfügung vom 7. Juni 2011 (act. IIA 108) ergibt sich bezüglich des Gesundheitszustandes im Wesentlichen das Folgende:

3.3.1 Im Bericht des Spitals C._____ vom 8. März 2012 (act. IIA 130/11) wurden persistierende Knieschmerzen links mit rezidivierenden Ergüssen diagnostiziert. Die Versicherte berichtete über eine seit mehreren Monaten bestehende rezidivierende Kniegelenksschwellung. Beim Laufen bestehe auf unebenem Boden ein Instabilitätsgefühl. Zudem käme es zu schmerzhaften Knackgeräuschen und blockadeähnlichen Symptomen (S. 11).

3.3.2 Im Bericht des Spitals C._____ vom 7. Juni 2012 (act. IIA 117) wurde ausgeführt, die Versicherte sei gesundheitlich, d.h. somatisch und vor allem psychisch derart krank, dass sie auch das kleine Arbeitspensum von 10 bis 20% in drei ... nicht mehr bewältigen könne. Sie sei ab Dezember 2011 zu 70% und ab 23. März 2012 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben worden. Seit dem 23. März 2012 befinde sie sich auf der Kriseninterventionsstation des Spitals C._____. Sie sei zur stationären Behandlung eingewiesen worden, weil die psychische Belastung immer grösser geworden sei und sie unter starken Depressionen gelitten habe (S. 1).

Im Austrittsbericht des Spitals C._____ vom 6. Juni 2012 (act. IIA 126/9), wo die Versicherte vom 23. März bis zum 10. Mai 2012 hospitalisiert war, wurden u.a. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung nach Auffahrunfall mit HWS-Distorsionstrauma im Mai 2005 (ICD-10 F32.1) diagnostiziert (S. 11).

Zu den bereits bekannten Diagnosen wurde im Bericht des Spitals C._____ vom 13. Juli 2012 (act. IIA 126/1) eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) diagnostiziert. Zudem wurde die rezidivierende depressive Störung als gegenwärtig leicht (ICD-10 F33.0) beurteilt (S. 2 Ziff. 1.1). Körperliche Einschränkungen beständen in Form von Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Arme und Beine, Handgelenks- und Knieschmerzen sowie diverse somatische Probleme wie Schrumpfblase mit Harndrang und schmerzhaftem Wasserlassen, Ein- und Durchschlafstörungen. Geistig lägen Konzentrationsstörungen, Gedankenkreisen über die aktuelle Situation sowie Sorgen über anstehende Termine vor. Psychisch könne sich die Versicherte schlecht abgrenzen, überfordere sich stark. Es bestehe eine starke innere Unruhe, eine Antriebslosigkeit, ei-

ne gedrückte Stimmung, viele Ängste und Flashbacks erlebter Situationen (S. 5 Ziff. 1.7). Ab dem 23. März 2012 und bis auf Weiteres bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 Ziff. 1.6).

3.3.3 Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 9. November 2012 (act. IIA 146/8) aus, die Versicherte leide seit 2009 an Kniegelenkschmerzen links. Eine Arthroskopie 2010 sei „nutzlos“ gewesen. Es würden mehr oder weniger konstante Ruhe- und belastungsabhängige bandförmige Schmerzen im linken Kniegelenk persistieren. Das Laufen sei stockfrei während 15 Minuten möglich.

3.3.4 Im Verlaufsbericht des Spitals C. _____ vom 27. März 2013 (act. IIA 144) wurde eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes seit Juli 2012 dargelegt (S. 1). Die Depression, welche am 13. Juli 2012 noch als leichtgradig eingeschätzt worden sei, habe sich auf mittelgradig verstärkt. Diese habe, wie auch die posttraumatische Belastungsstörung, die Agoraphobie mit Panikstörung und die anhaltende Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren, Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 2). Durch die frühere körperliche Belastung, als die Versicherte stundenweise als ... gearbeitet habe, habe sie regelmässig eine Zunahme der Symptomatik schon bei geringer körperlicher Anstrengung erlebt. Sie habe sich dabei regelmässig überfordert und sei anschliessend sehr erschöpft gewesen (S. 4 Ziff. 1). Aktuell sei sie zu 100% arbeitsunfähig. Schon eine geringe körperliche Belastung verstärke ihre Schmerzen extrem. Auf der anderen Seite sei sie aufgrund der auch sonst vorhandenen Symptome kognitiv stärker ablenkbar und habe Schwierigkeiten mit der Konzentration (Ziff. 2).

3.3.5 Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 18. März 2015 (act. IIA 175/22) ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts bei Status nach Spondylodese C3-C6 sowie eine Ansatz tendonopathie des Supraspinatus mit Partialläsion und AC-Gelenkarthrose rechts. Aktuell würden Schmerzen und Gefühlsstörungen ausgehend von der Nackenregion über die rechte Schulter bis in die rechte Hand ziehend verbunden mit einem Schwächegefühl, Dysästhesien, Hypästhesi-

en und starken Schmerzen sowie einer Funktionsstörung der rechten oberen Extremität persistieren (S. 22). Es handle sich um ein chronisches Schmerzsyndrom, welches durch ein operatives Vorgehen an der Schulter nicht günstig beeinflusst werden könne. Auf eine Wiederholung der Infiltrationen, welche nach Angaben der Versicherten keinen positiven Effekt erzielt hätten, sei daher verzichtet worden. Seines (Dr. med. D. _____) Erachtens wäre eine Beurteilung am ... sinnvoll, um die Situation diagnostisch zu beurteilen und konservative schmerztherapeutische Behandlungsoptionen evaluieren zu lassen (S. 23).

3.3.6 Dr. med. E. _____ führte im Bericht vom 26. Juni 2015 (act. IIA 175/20) aus, die Versicherte leide seit Jahren an Schmerzen im rechten Kniegelenk, die nach zwei Arthroskopien 2002 und einer Tibiakopfvalgisationsosteotomie 2003 nicht wesentlich nachgelassen hätten. Seit drei Monaten seien die Schmerzen exazerbiert und beständen konstant. Das MRI zeige eine trikompartimentale Gonarthrose mit medialer und lateraler Meniskusläsion.

Nach operativem Einsetzen einer Knieprothese rechts am 1. Dezember 2015 (act. IIA 175/14) erwähnte Dr. med. E. _____ am 11. Februar 2016 (act. II 175/12) zweieinhalb Monate postoperativ bestehende noch belastungsabhängige Schmerzen im rechten Kniegelenk. Es würden unruhige Beine nachts beklagt, weshalb der Schlaf massiv beeinträchtigt sei.

3.3.7 Dr. med. F. _____, Facharzt für Radiologie, hielt im MRT-Bericht der HWS vom 8. März 2016 (act. IIA 175/9) fest, es würden plötzlich starke Schmerzen im HWS-Bereich nach HWS-Operation 2014 geklagt. In den koronaren fettgesättigten Sequenzen sei rechts okzipital in den Weichteilen eine ödematöse Veränderung zu konstatieren, teils subkutan gelegen, teils jedoch auch muskulär. Er empfahl, diese Region weiter abzuklären.

3.3.8 Am 14. März 2016 (act. IIA 175/8) schilderte Dr. med. E. _____, dreieinhalb Monate postoperativ würden nur noch gelegentlich Schmerzen im rechten Kniegelenk auftreten. Unter medikamentöser Behandlung hätten sich die unruhigen Beine deutlich beruhigt. Am 29. April 2016 (act. IIA 175/7) hielt er fest, fünf Monate postoperativ sei die Versicherte mit dem rechten Kniegelenk zufrieden, obwohl sie nicht ganz schmerzfrei sei.

Dr. med. E._____ führte im Bericht vom 23. September 2016 (act. IIA 177/1) aus, die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit könne nur nach weiteren Abklärungen der HWS mittels CT und der rechten Schulter mittels MRI erfolgen (S. 3 f. Ziff. 1.6 ff.). Eine Begutachtung mindestens orthopädisch-psychiatrisch mit den entsprechenden radiologischen Abklärungen sei dringend empfehlenswert (S. 4 Ziff. 1.11).

3.3.9 Dr. med. B._____ diagnostizierte im RAD-Aktenbericht vom 25. November 2016 (act. IIA 179) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Knieprothesen, eine HWS-Spondylodese C3-C6, Schulterschmerzen rechts, gemäss MEDAS-Gutachten vom 11. August 2009 (act. II 74) eine Konversionsstörung, ein chronisches zervicocephales und brachiales Schmerzsyndrom, eine leichte Gonarthrose, ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom, akzentuierte (anankastische) Persönlichkeitszüge sowie anamnestisch eine Depression. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden u.a. eine depressive Verstimmung (am ehesten im Rahmen eines Schmerzsyndroms) sowie ein Status nach „Schleudertrauma“ 2005. Für die Versicherte käme nur eine angepasste Tätigkeit in Frage (S. 6). Zumutbar sei ihr eine leichte Arbeit mit mindestens zeitweisen Positionswechseln, bis 10 kg unterhalb Brusthöhe, ohne Leiternsteigen, ohne Überkopfarbeiten und mit Gewichten zwischen Brust- und Schulterhöhe von maximal 5 kg, ohne starkes Kopfvorbeugen bzw. ohne Arbeit ganz brustnah. Pausen bei Belastungsschmerzen seien im Rahmen von 10-20% zu berücksichtigen, es sei aber eine volle zeitliche Anwesenheit zumutbar. Die Gesamteinschränkung schätzte Dr. med. B._____ auf 30% (S. 7).

3.3.10 Im Einwand des Spitals C._____ vom 6. Februar 2017 (act. IIA 188) gegen den Vorbescheid wurde festgehalten, die Versicherte leide seit Jahren an psychischen und somatischen Beschwerden, die sich gegenseitigen beeinflussen und verstärken würden. Von somatischer Seite handle es sich nicht nur um Beschwerden im Zusammenhang mit dem HWS-Distorsionstrauma von 2005, sondern auch um davon unabhängige somatische Beschwerden mit Knie-, Darm und Blasenbeschwerden (Schrumpfbhase), die zusätzlich dazu führten, dass die Versicherte zunehmend an ihre psychischen Grenzen gelange. Die Versicherte berichte konstant und wiederholt, neben den erwähnten somatischen Beschwerden und den

Schmerzen betreffend Kopf, Nacken, Arm, Rücken, Knie und unruhigen Beinen über Schlafstörungen, Gedankenkreisen, depressive Verstimmung verbunden mit Ängsten, Insuffizienz- und Überforderungsgefühlen. Sie könne sich sehr schlecht abgrenzen und überfordere sich deshalb sehr stark. Diverse ...-arbeiten, die sie früher in ... erledigt habe, habe sie im Verlauf (ca. 2012) aufgeben müssen. Es handle sich um einen sich verschlechternden, chronifizierten Verlauf. Letztmals sei die Versicherte 2015 in direktem Kontakt mit dem Spital C. _____ gesehen worden. Seither melde sie sich telefonisch oder schriftlich. Die Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens sei zu empfehlen.

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354 f.). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens ent-

schieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubewerten. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.5 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der Verfügung vom 9. Februar 2017 (act. IIA 189) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den Bericht der RAD-Allgemeinärztin Dr. med. B. _____ vom 25. November 2016 (act. IIA 179). Diese untersuchte die Beschwerdeführerin nicht persönlich, sondern verfasste ihre Stellungnahme einzig aufgrund der Akten. Obwohl sich Dr. med. B. _____ ausführlich mit der medizinischen Situation der Beschwerdeführerin auseinandersetzt, bestehen vorliegend – wie nachfolgend dargelegt – Zweifel an der Schlüssigkeit dieser Aktenbeurteilung, weshalb sie zur Beurteilung des Leistungsgesuchs nicht geeignet ist.

3.5.1 Das Bundesgericht führte in der Entscheidung vom 14. Juli 2009, 9C_323/2009, E. 4.3.1, aus, dass RAD-Ärzte über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen müssen. Dr. med. B. _____ verfügt als Allgemeinärztin nicht über die fachärztliche Qualifikation für die Beurteilung der im vorliegenden Fall eine massgebende Rolle spielenden geklagten psychischen und orthopädischen Belange. Sie hat es denn auch unterlassen, einen Orthopäden oder Psychiater aus dem RAD beizuziehen.

3.5.2 Grundlage der Verfügung vom 7. Juni 2011 (act. IIA 108) war aus psychiatrischer Sicht das Gutachten von Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Dezember 2010 (act. IIA 100). Darin diagnostizierte dieser neben einer Somatisierungsstörung eine rezidivierende depressive Störung, derzeit leichten Grades (S. 17), und attestierte eine vollständige Arbeits- und Leistungsfähigkeit ohne Leistungsminde-

rung (S. 19 Ziff. 2 ff.). Ab Dezember 2011 wurde vom Spital C. _____ eine Arbeitsunfähigkeit von 70% und ab 23. März 2012 eine solche von 100% (act. IIA 117) attestiert. Die Beschwerdeführerin war weiter im Frühjahr 2012 während rund anderthalb Monaten psychisch bedingt hospitalisiert (act. IIA 126/9). Auch in diagnostischer Sicht erfolgte eine Änderung, indem nun das Spital C. _____ auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (act. IIA 126/1, 126/9) sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (act. IIA 126/1, 144) diagnostiziert wurde und dem depressiven Geschehen zumindest zeitweise anstatt einer bisher leichten Ausprägung eine solche mittleren Grades zugestanden wurde (act. IIA 126/9, 144). Offensichtlich misst auch RAD-Ärztin Dr. med. B. _____ der psychischen Problematik eine gewisse IV-Relevanz zu, wenn sie ausführt, aufgrund der spezifischen psychischen Situation und wegen der Schmerzen sei es plausibel, wenn man der Versicherten in Bezug auf eine leichte Tätigkeit in Wechselbelastung etwas mehr Pausen zugestehe (act. IIA 179 S. 6).

Aber auch die übrigen Akten bilden keine ausreichende Grundlage zur Beurteilung der psychischen Situation. So enthalten die Berichte des Spitals C. _____ insgesamt keine umfassenden Ausführungen zur Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Zudem standen diese am 17. Juni 2015, d.h. über anderthalb Jahre vor dem Erlass der hier angefochtenen Verfügung, das letzte Mal in direktem Kontakt mit der Beschwerdeführerin. Seither habe sich die Beschwerdeführerin jeweils telefonisch oder schriftlich gemeldet (act. IIA 188).

3.5.3 Aus somatischer Sicht stützte sich die Verfügung vom 7. Juni 2011 (act. IIA 108) im Wesentlichen auf das ZMB-Gutachten vom 11. August 2009 (act. II 74), wonach die Beschwerdeführerin aufgrund der Erkrankungen im Bewegungsapparat nicht in der Lage sei, körperlich schwere Tätigkeiten zu verrichten und Arbeiten mit häufigem Knien, wie auch vorwiegend Überkopparbeiten auszuführen (S. 36 Ziff. 5). Dr. med. B. _____ verneint in ihrer Aktenbeurteilung vom 25. November 2016 (act. IIA 179) eine wesentliche Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 7. Juni 2011. Die RAD-Allgemeinmedizinerin fasst die Einschränkungen zusammen (Verschlechterung des Schulterleidens und Verbesserung der Gonarthrose durch Knieprothese, deutliche Reduktion

der Schmerzen an der HWS durch die Spondylodese, weniger Schmerzen im Rücken, Verschwinden der Konversion [funktionell bedingte Parese rechter Arm]) und kommt zum Schluss, in einer Gesamtschau sei die Beschwerdeführerin zu 30% eingeschränkt (S. 7). Dies überzeugt nicht. Gemäss dem Bericht des Spitals C._____ vom 8. März 2012 (act. IIA 130/11) habe die Beschwerdeführerin über bereits seit mehreren Monaten bestehende rezidivierende Knieschmerzen links und dadurch bedingte Einschränkungen berichtet. Die Einsetzung einer Kniegelenkprothese im linken Bein erfolgte erst im Januar 2013 (act. IIA 146/5). Unter Berücksichtigung einer darauf folgenden operationsbedingten bzw. erholungsbedingten Arbeitsunfähigkeit ist nicht auszuschliessen, dass eine relevante (vorübergehende oder bleibende) Einschränkung am linken Knie bestand oder weiterhin besteht, welche Auswirkung auf die Erwerbsunfähigkeit hat bzw. hatte. Gleiches gilt betreffend das rechte Knie. Diesbezüglich ist dem Bericht von Dr. med. H._____ vom 26. Juni 2015 (act. IIA 175/20) zu entnehmen, dass die Schmerzen am rechten Knie seit drei Monaten exazerbiert seien und eine mediale und laterale Meniskusläsion habe festgestellt werden können. Das operative Einsetzen der Kniegelenkprothese rechts erfolgte aber erst am 1. Dezember 2015 (act. IIA 175/14), d.h. über acht Monate nach Exazerbation der Schmerzen. Auch betreffend die Schulter ist von einer Veränderung auszugehen, zumal 2015 mittels MRI neu eine Partiaalläsion des Supraspinatus mit erheblicher Ansatzsehnenpathie, Einengung des Subacromialraumes, AC-Gelenksarthrose und kleiner SLAP-Läsion festgestellt wurde (act. IIA 175/22). Bereits am 1. September 2014 (act. IIA 175/24) wurde eine subacromiale Infiltration vorgenommen. Auch was die HWS betrifft fand am 21. Oktober 2013 (act. IIA 158/5) und damit nach der rentenverneinenden Verfügung vom 7. Juni 2011 (act. IIA 108) ein operativer Eingriff statt. Wie der Radiologe Dr. med. F._____ im MRT-Bericht vom 8. März 2016 (act. IIA 175/9) festhielt, kam es offensichtlich plötzlich zu starken Schmerzen im HWS-Bereich. Er empfahl weitere Abklärungen. Ebenso forderte Dr. med. E._____ weitere bildgebende Abklärungen sowie die Durchführung einer Begutachtung (act. IIA 177). Damit sind im Verlauf der Beurteilungsperiode gesundheitliche Veränderungen eingetreten, welche verschiedene medizinische Fachrichtungen betreffen und demgemäss von der RAD-Ärztin Dr. med. B._____ nicht allein aufgrund ihrer fachärztlichen Kompetenz als Allgemeinärztin beurteilt werden kann-

ten. Vielmehr drängt sich zur Klärung der Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine interdisziplinäre Begutachtung auf.

Aber auch die Berichte der behandelnden und untersuchenden Spezialärzte eignen sich nicht, vorliegend die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einzuschätzen, äussern sie sich doch diesbezüglich nicht, bzw. nicht in genügender Form.

3.5.4 Zusammenfassend ist von einem ungenügend abgeklärten medizinischen Sachverhalt auszugehen. Weil im Neuanmeldungsverfahren bislang bloss eine versicherungsinterne Beurteilung vorliegt, ist kein gerichtliches Gutachten anzuordnen, sondern die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine – wie von der Beschwerdeführerin im Beschwerde- wie auch bereits schon im Vorbescheidverfahren und von Dr. med. H. _____ und das Spital C. _____ ausdrücklich beantragt – polydisziplinäre Begutachtung veranlasst.

3.6 Aufgrund des Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 9. Februar 2017 (act. IIA 189) aufzuheben 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 Da der Aufwand für die Beschwerdeführung nicht das Mass dessen überstieg, was dem Einzelnen zur Besorgung eigener Angelegenheiten zugemutet werden darf, hat die anwaltlich nicht vertretene Beschwerdeführe-

rin trotz ihres Obsiegens keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

4.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege betreffend Verfahrenskosten als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 9. Februar 2017 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. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege betreffend Verfahrenskosten wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.