

200 17 308 IV bis  
200 17 310 IV (3)  
KNB/SCM/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 28. Januar 2019**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiberin Schädeli

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügungen vom 16. Februar, 17. Februar und 21. Februar  
2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1979 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 2. Juli 2014 unter Hinweis auf eine Borreliose-Erkrankung und andere bakterielle Infektionen, Schmerzen im Körper, eine Gehunfähigkeit, starke Müdigkeit sowie Verlust der Muskelkraft bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 2). Im Rahmen der hierauf vorgenommenen erwerblichen und medizinischen Abklärungen wurde die Versicherte im Sommer 2015 im C. \_\_\_\_\_ (MEDAS) polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 7. September 2015 [AB 62.1]). Gestützt darauf sowie auf Eingang einer psychiatrischen Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 4. April 2016 (AB 73) und einer zusätzlichen Stellungnahme des psychiatrischen MEDAS-Gutachters vom 7. Juni 2016 (AB 84, vgl. AB 82), stellte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) am 1. Dezember 2016 vorbescheidweise die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 91). Mit zwei weiteren Vorbescheiden vom 5. Dezember 2016 (AB 92 f.) sah sie auch die Abweisung der zwischenzeitlich erfolgten Anmeldungen hinsichtlich Hilflosenentschädigung (AB 40) und Assistenzbeitrag (AB 70) vor. Nach Prüfung der gegen die drei Vorbescheide erhobenen Einwände (AB 94, 98, 100) verfügte die IVB am 16. Februar 2017 (AB 101) hinsichtlich IV-Leistungen generell, am 17. Februar 2017 (AB 102) betreffend Hilflosenentschädigung sowie am 21. Februar 2017 (AB 103) bezüglich Assistenzbeitrags wie vorbescheidweise angekündigt. Dabei erwog sie in der Verfügung vom 16. Februar 2017 hauptsächlich, es könne nicht von einer konsequent motiviert durchgeführten Therapie ausgegangen werden, da im Rahmen der dreimonatigen stationären Behandlung keine Psychopharmaka-Therapie erfolgt und im Anschluss daran keine ambulante Therapie organisiert worden sei, womit den psychiatrischen Diagnosen keine invalidisierende Wirkung zukomme (AB 101/2).

**B.**

Gegen die Verfügungen vom 16., 17. und 21. Februar 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch die Sozialen Dienste der B.\_\_\_\_\_, am 21. März 2017 Beschwerde. Sie lässt die folgenden Anträge stellen:

1. Es sei die Verfügung vom 16. Februar 2017 betreffend die Abweisung des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung aufzuheben.
2. Es sei die Verfügung vom 17. Februar 2017 betreffend die Hilflosenentschädigung und die Verfügung vom 21. Februar 2017 betreffend den Assistenzbeitrag aufzuheben.
3. Es seien der Beschwerdeführerin eine ganze Rente der Invalidenversicherung ab Januar 2015, eine Entschädigung wegen mittlerer Hilflosigkeit und ein Assistenzbeitrag zuzusprechen.
4. Es sei die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.
5. Unter Kostenfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. April 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

**Erwägungen:**

**1.**

**1.1** Die angefochtenen Entscheide sind 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 die angefochtenen Entscheide berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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** Angefochten sind die drei Verfügungen vom 16. Februar 2017 (AB 101), vom 17. Februar 2017 (AB 102) sowie vom 21. Februar 2017 (AB 103). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV, insbesondere auf eine Rente sowie auf eine Hilflosenentschädigung und einen Assistenzbeitrag.

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

## **2.**

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

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

**2.2.1** Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

**2.2.2** Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427,

141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.2.3** Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

**2.3** 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.

**2.4** Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Art. 42 Abs. 1 IVG). Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist. Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit mindestens ein Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben sein. Ist eine Person lediglich dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, so liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor (Art. 42 Abs. 3 IVG).

**2.5** Der Assistenzbeitrag bezweckt die Unterstützung der selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung in einer Privatwohnung (BGE 140 V 543 E. 3.5.2 S. 554). Anspruch haben Versicherte, denen eine Hilflosenentschädigung der IV nach Art. 42 Abs. 1 - 4 IVG ausgerichtet wird, die zu Hause leben und die volljährig sind (Art. 42<sup>quater</sup> Abs. 1 lit. a - c IVG). Ein Assistenzbeitrag wird gewährt für Hilfeleistungen, die von der versicherten Person benötigt und regelmässig von einer natürlichen Person (Assistenzperson) erbracht werden, die von der versicherten Person oder ihrer gesetzlichen Vertretung im Rahmen eines Arbeitsvertrages angestellt wird und weder mit der versicherten Person verheiratet ist, mit ihr in eingetragener Partnerschaft lebt oder eine faktische Lebensgemeinschaft führt noch in gerader Linie mit ihr verwandt ist (Art. 42<sup>quinquies</sup> lit. a und b IVG; BGE 140 V 113 E. 3 S. 114).

**2.6** 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Den medizinischen Unterlagen ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im polydisziplinären – die Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie, Neuropsychologie und Psychiatrie umfassenden – MEDAS-Gutachten vom 7. September 2015 (AB 62.1) hielten die Experten in Gesamtschau der Befunde die folgenden Diagnosen fest (AB 62.1/53):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)
- Neurasthenie (ICD-10 F48.0) bei mässig schwerer neuropsychologischer Störung mit primär subkortikalen, frontobasalen / frontomesialen und nachfolgend frontalen und frontotemporalen Hirnfunktionsschwächen

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Unklares Beschwerdebild mit multiplen Gelenkschmerzen und Schwäche der unteren Extremitäten, geringer auch der oberen Extremitäten, ohne Nachweis einer zugrundeliegenden neurologischen Erkrankung
- Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits
- Klinische Zeichen eines Hypermobilitätssyndroms (Beighton-Score 3/9 positiv)
- Verkürzte Knieflexoren beidseits
- Hallux valgus beidseits
- Multilokuläres Schmerzsyndrom mit 16/18 positiven Fibromyalgie-Druckpunkten und 2/3 positiven Kontrollpunkten, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend, gemäss Aktenlage und aktuell keine Hinweise auf eine entzündlich-rheumatologische Grunderkrankung

Anlässlich der neurologischen Evaluation (AB 62.1/14-22) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, fest, unter Berücksichtigung der vorliegenden Daten- und Befundkonstellation könne keine organisch-neurologische Erkrankung diagnostiziert werden. Insbesondere könne weder eine Funktionsstörung des peripheren noch des zentralen Nervensystems nachgewiesen werden, insbesondere könne auch eine Neuroborreliose unter den gegebenen Umständen nicht diagnostiziert werden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sei von einer funktionellen Beschwerdeüberlagerung auszugehen. Eine somatisch-neurologische Erklärung für die Entwicklung einer fast zweijährigen Bettlägerigkeit und nachfolgende Paraparese liege nicht vor (AB 62.1/21). Aus neurologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit und in einer anderweitigen zumutbaren Verweistätigkeit keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Im Vordergrund stehe die psychologische und physiotherapeutische Führung der Explorandin mit der Zielsetzung einer schrittweisen Mobilisierung zur Wiederherstellung der Gehfähigkeit. Bei der lange dauernden Inaktivität bestehe eine Dekonditionierung, welche mit langsamem Aufbautraining schrittweise angegangen werden sollte (AB 62.1/22).

In der rheumatologischen Beurteilung (AB 62.1/23-29) führte Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, aus, klinisch fänden sich wenig ausgeprägte Zeichen eines Hypermobilitätssyndroms. In diesem Zusammenhang könne es auch zu gewissen Gelenkbeschwerden kommen, jedoch nicht in dem Ausmass, wie

sie von der Explorandin beschrieben worden seien. Insbesondere würden bei diesem Beschwerdebild keine Begleitphänomene im Sinne einer allgemeinen Müdigkeit, die zu einer Rollstuhlbedürftigkeit führen und den geschilderten derart passiven Lebensstil verursachen würde, auftreten. Dabei seien die Fibromyalgie-Druckpunkte und positiven Kontrollpunkte zu erwähnen. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der bisher unauffälligen labormässigen und bildgebenden Abklärungen und auch der klinischen Untersuchung könnten die beschriebenen Beschwerden keinem rheumatologischen Krankheitsbild zugeordnet werden (AB 62.1/28). Die lokalisierten weichteilrheumatischen Beschwerden bzw. Hypermobilität seien nicht derart ausgeprägt, dass dadurch in irgendeiner Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit – weder qualitativer noch quantitativer Art – begründet werden könne (AB 62.1/28 f.).

F.\_\_\_\_\_, lic. phil. Neuropsychologie und Psychotherapeut, hielt im entsprechenden Teilgutachten (AB 62.1/30-40) diagnostisch fest, formal bestehe eine insgesamt mässig schwere neuropsychologische Störung mit primär subkortikalen, frontobasalen / frontomesialen und nachfolgend frontalen und frontotemporalen Hirnfunktionsschwächen. Diese Störung gehe einher bzw. sei assoziiert mit einer auch klinisch evidenten und abnorm mentalen Ermüdbarkeit und unterliege nicht unerheblichen zustandsabhängigen Schwankungen. Es bestünden erhebliche Funktionsschwächen im Bereich kognitiver Basisfunktionen, die Explorandin sei mental abnorm ermüdbar und auch psychisch nur begrenzt belastbar. Angesichts des klinischen sowie auch des psychometrischen Befundbildes bestehe derzeit in der kognitiv-mentalenen Leistungs- und Erwerbsfähigkeit sowohl arbeitszeitlich als auch inhaltlich eine erhebliche Einschränkung. Es sei davon auszugehen, dass die derzeit mit genügender Gewähr ausgewiesenen kognitiven Defizite funktioneller, nicht bleibender Natur seien und sich bei einer Zustandsbesserung wieder zurückbilden werden (AB 62.1/40).

In der psychiatrischen Evaluation (AB 62.1/41-52) stellte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie – da davon auszugehen sei, dass für die Müdigkeit und die körperliche Schwäche keine ausreichenden somatischen Befunde vorhanden seien – einer Neurasthe-

nie (ICD-10 F48.0; AB 62.1/48 f.). Aufgrund dieser Diagnosen sei von einer deutlichen Reduktion der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Gefunden worden seien vollständige bis schwere Beeinträchtigungen bei Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Durchhaltefähigkeit, Spontanaktivitäten und Verkehrsfähigkeit. Die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit sei dabei vor allem durch die Müdigkeit, die Konzentrationsstörung sowie aufgrund der Schmerzen bei längerem Sitzen bedingt. Insgesamt sei zum jetzigen Zeitpunkt von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % seit Januar 2013 auszugehen (AB 62.1/51).

In gesamtmedizinischer Betrachtungsweise werde ab Januar 2013 in jeglicher Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert. Dabei könne das Ausmass der geklagten Einschränkungen im Rahmen der ambulanten polydisziplinären Begutachtung nicht vorbehaltlos nachvollzogen werden. Aus diesem Grund werde dringend eine intensive psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung empfohlen. Aufgrund der massiven Einschränkungen, welche sich durch die Erkrankung bereits eingestellt hätten, sollte idealerweise ein stationärer psychiatrischer Aufenthalt durchgeführt werden (AB 62.1/56). Berufliche Massnahmen könnten zum jetzigen Zeitpunkt nicht durchgeführt werden (AB 62.1/57).

**3.1.2** Vom 8. Dezember 2015 bis 6. März 2016 war die Beschwerdeführerin in der Klinik H. \_\_\_\_\_ AG in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 18. März 2016 (AB 80) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (AB 80/1):

- Dissoziative Bewegungsstörung mit pseudoneurologischem Verlust der Gehfähigkeit (ICD-10 F44.4)
- Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ängstlich, vermeidend und wahrscheinlich emotional instabil)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)
- Status nach Anorexia nervosa
- Status nach Binge eating und Adipositas bis 111 kg
- Erschöpfungssyndrom

Der stationäre Verlauf sei durch viele Einbrüche und Rückfälle, die teils unvermittelt, aber auch nach Nahrungsaufnahme aufgetreten und mit Schwindel, Schmerzen, Kreislaufreaktionen, Brain Fog, Fatigue und weiteren Symptomen einhergegangen seien, gekennzeichnet gewesen.

Erst im dritten Monat habe eine allmähliche Besserung erzielt werden können, so dass langsam eine körperliche Kräftigung stattgefunden habe (AB 80/3). Leider habe die sich anbahnende Besserung nicht hinreichend stabilisiert werden können. Durch die intensive Psychotherapie habe sich die initial misstrauische Beschwerdeführerin von ihrem bisher sehr stark somatisch ausgerichteten Krankheitskonzept etwas distanzieren und sich mehr einem Zusammenspiel von psychosomatischen Aspekten annähern können. Dank der emotionalen Stabilisierung habe sie immer besser mobilisiert werden können. Anfang Januar (2016) habe sie in der Physiotherapie eine Distanz von 10 Metern gehen können, Mitte Februar sei diese langsam auf 35 Meter und Anfang März auf 45 Meter gesteigert worden (AB 80/4). Die Weiterführung der ambulanten Psychotherapie und Physiotherapie sei dringend indiziert (AB 80/5).

**3.1.3** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, führte im Bericht vom 4. April 2016 (AB 73) aus, auf die neuropsychologischen und psychiatrischen Teilbegutachtungen der MEDAS-Expertise vom 7. September 2015 (AB 62.1) könne bezüglich der Befunde, der gestellten Diagnosen, der neuropsychologisch und psychiatrisch festgestellten Einschränkungen, der vorgeschlagenen psychiatrischen Behandlung und der Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit, der beruflichen Massnahmen und des Überprüfungszeitpunktes des Gesundheitszustandes abgestellt werden (AB 73/6). Die erhobenen Befunde würden mit den gestellten Diagnosen übereinstimmen und die Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar. Es würde eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) vorliegen. Die beschriebenen psychischen Erkrankungen seien seit Aufenthalt in der Schweiz unbehandelt und bedürften zunächst aufgrund des derzeitigen Schweregrades dringend einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Hierbei sollten idealerweise, wie im MEDAS-Gutachten empfohlen (vgl. AB 62.1/52 und 56), auch Psychopharmaka zum Einsatz kommen, die sowohl die Angsterkrankung behandelten als auch positiv auf die Schmerzverarbeitung wirkten. Die im Gutachten vorgeschlagenen Behandlungen seien zumutbar. Im jetzigen unbehandelten Zustand sei die von den Gutachtern festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 70 % seit Januar 2013 nach-

vollziehbar. Die neuropsychologisch und psychiatrisch festgestellten Einschränkungen seien bei fachgerechter stationärer Therapie grundsätzlich rückbildungsfähig. Die Prognose sei angesichts der positiven stationären Behandlungsergebnisse in der Vorgeschichte als vorsichtig günstig zu beurteilen. Der im Gutachten vorgeschlagene Überprüfungszeitpunkt des Gesundheitszustandes nach zwölfmonatiger Behandlungsdauer (vgl. AB 62.1/52) sei auch aus Sicht des RAD angemessen (AB 73/7).

**3.1.4** Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin (AB 82) führte der psychiatrische MEDAS-Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zusammen mit Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit Stellungnahme vom 7. Juni 2016 (AB 84) aus, das Zumutbarkeitsprofil für eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von 30 % (vgl. AB 62.1/56) würde eine stressfreie Tätigkeit beinhalten, bei welcher die Beschwerdeführerin sitzen und regelmässig Pausen einlegen könne. Dabei sei nicht von einer zusätzlich verminderten Leistungsfähigkeit auszugehen. Aufgrund der im Austrittsbericht der Klinik H.\_\_\_\_\_ AG vom 18. März 2016 (AB 80) erwähnten Erfolge sei nach wie vor davon auszugehen, dass nach einer zwölfmonatigen intensiven psychotherapeutischen Behandlung eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und somit der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne (AB 84/2). Auf die von der Klinik H.\_\_\_\_\_ AG diagnostizierte Persönlichkeitsstörung (AB 80/1) sei im MEDAS-Gutachten verzichtet worden, jedoch seien die Persönlichkeitszüge ausführlich dargelegt und die Persönlichkeit als ängstlich, sensibel und vermeidend beurteilt worden. Sicherlich könne eine etwaige Persönlichkeitsstörung während eines dreimonatigen stationären Aufenthaltes eher diagnostiziert werden, als alleine aufgrund einer einmaligen psychiatrischen Exploration ohne Vorliegen von psychiatrischen oder psychologischen Vorberichten. Grundsätzlich bestehe hiermit keine Divergenz. Die Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung (AB 80/1) widerspreche der anlässlich der MEDAS-Begutachtung gestellten Diagnose einer Neurasthenie prinzipiell nicht. Es handle sich bei beiden Diagnosen um „neurotische Störungen“, wobei davon ausgegangen werde, dass psychische Probleme resp. Konflikte sich in körperlichen Symptomen äusserten. Anlässlich der psychiatrischen MEDAS-Exploration seien die Müdigkeit, die körperliche Schwäche sowie die Schmerzen im Vordergrund gewesen. Demgegenüber schienen anlässlich des stationären

Aufenthaltes in der Klinik H.\_\_\_\_\_ AG vor allem die Schwäche und die Lähmungserscheinungen im Vordergrund gestanden zu haben und die Müdigkeit bzw. die Schmerzen weniger stark betroffen gewesen zu sein (AB 84/4). Aus diesem Grund sei vermutlich die Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung gestellt worden. Sowohl bezüglich der Entstehung als auch einer möglichen Therapie würden jedoch praktisch keine Unterschiede bestehen (AB 84/5).

**3.2** 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).

**3.2.1** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.2** Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforde-

ungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 16. Februar 2017 (AB 101) massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 7. September 2015 (AB 62.1) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiavor), weshalb ihm grundsätzlich volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend. Auch stehen die Fachbeurteilungen in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Beurteilung ein.

**3.3.1** In somatischer Hinsicht hielt der neurologische Gutachter fest, dass bei der Beschwerdeführerin seit Sommer 2012 ein unklares Beschwerdebild mit multiplen Gelenkschmerzen und Schwäche der unteren Extremitäten bestehe, wobei sie seit 2013 einen Rollstuhl benütze (AB 62.1/19). Störungen der Blasen- und Darmkontrolle waren nicht eruierbar, die Skelettmuskulatur war allgemein sehr schwächlich bis hypertroph, jedoch ohne umschriebene Muskelatrophien, die sensiblen Funktionen waren für alle geprüften Qualitäten durchwegs intakt, an den oberen und unteren Extremitäten fanden sich symmetrisch normal auslösbare Reflexe, die Funktion der Halswirbelsäule war einwandfrei und ohne Hinweise auf ein spinales Syndrom und auch im Bereich der Hirnnerven liess sich kein pathologischer Befund erheben (AB 62.1/19 f.). Dies deckt sich denn auch mit den weitgehend ergebnislosen Abklärungen des Spitals K. \_\_\_\_\_ im Juli 2014 (AB 35). Insofern führte der neurologische Gutachter überzeugend aus, dass sich eine organisch-neurologische Ursache der allgemeinen Schwäche mit im Vordergrund stehender Parese nicht objektivieren lasse

(AB 62.1/20). Auch der rheumatologische Gutachter konnte die beschriebenen Beschwerden aufgrund der anamnestischen Angaben, der bisher unauffälligen labormässigen und bildgebenden Abklärungen und auch der klinischen Untersuchung keinem rheumatologischen Krankheitsbild zuordnen (AB 62.1/28).

Demnach besteht in somatischer Hinsicht weder in der ursprünglichen noch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 62.1/22, AB 62.1/29; vgl. auch den Bericht des RAD vom 8. Oktober 2015 [AB 66/2]).

**3.3.2** Aus psychiatrischer Sicht wurden im MEDAS-Gutachten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) diagnostiziert (AB 62.1/48 f., AB 62.1/51, AB 62.1/53). Überzeugend und schlüssig führte der Gutachter aus, dass bei der Beschwerdeführerin seit Jahren Ängste vorhanden seien, die immer wieder zu Panikattacken geführt haben. Im Begutachtungszeitpunkt waren Befürchtungen vor möglichen Beeinträchtigungen beim alleine das Haus Verlassen, Konzentrationsschwierigkeiten und Denkstörungen, motorische Anspannung und Zittern sowie eine deutliche vegetative Übererregbarkeit mit Magen-Darmbeschwerden und Schwindelgefühlen vorhanden (AB 62.1/48). Von einer Neurasthenie wurde deshalb ausgegangen, weil für die Müdigkeit und die körperliche Schwäche keine ausreichenden somatischen Befunde vorhanden waren. Zudem bestand ein Gefühl körperlicher Schwäche und Erschöpfung bereits nach geringer Anstrengung, sowohl körperlicher oder aber auch psychischer Art. Weiter lagen somatische Symptome wie Schwindelgefühle, Gefühl der allgemeinen Unsicherheit, Dyspepsie und Muskelschmerzen vor (AB 62.1/49). Das MEDAS-Gutachten bzw. die beiden gestellten psychiatrischen Diagnosen wurden denn auch vom RAD kritisch überprüft und für schlüssig befunden (AB 73/6 f.). Schliesslich nahm der psychiatrische Gutachter zu den im Austrittsbericht der Klinik H. \_\_\_\_\_ AG gestellten abweichenden Diagnosen einer dissoziativen Bewegungsstörung und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (AB 80/1) am 7. Juni 2016 nachvollziehbar und überzeugend Stellung, indem er ausführte, dass diese den Ergebnissen der

Begutachtung prinzipiell nicht entgegen stünden (AB 84/4 f. bzw. E. 3.1.4 hiervor).

In der Folge ist erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) vorliegt, womit nicht unbesehen auf die seit Januar 2013 in jeglichen Tätigkeiten attestierte medizinische Einschätzung einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit (AB 62.1/56) abgestellt werden kann. Vielmehr wäre vorab frei zu prüfen, ob und in welchem Umfang diese ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (vgl. E. 2.2 hiervor). Eine solche Prüfung wäre im Übrigen auch bei Annahme des Vorliegens einer dissoziativen Bewegungsstörung vorzunehmen (BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550, 137 V 64 E. 4.2 S. 68, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). In Anbetracht der nachstehenden Ausführungen (E. 4 hiernach) kann eine Indikatorenprüfung vorliegend indessen – zumindest vorerst – unterbleiben, so dass nicht abschliessend geklärt zu werden braucht, ob das vor der Änderung der materiell-beweisrechtlichen Anforderungen eingeholte Gutachten der MEDAS eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt (vgl. E. 3.2.2 hiervor).

#### **4.**

**4.1** Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt der Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Sodann muss sie an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen, insbesondere an Massnahmen der Frühintervention, Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, Massnahmen beruflicher Art, medizinischen Behandlungen nach Art. 25 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und Massnahmen zur Wiedereingliederung von Rentenbezüglerinnen und Rentenbezüglern (Art. 7 Abs. 1 und 2 IVG). Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient;

ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG).

Kommt die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 IVG oder Art. 43 Abs. 2 ATSG nicht nach, können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG).

**4.2** Das MEDAS-Gutachten hat ergeben, dass aus psychiatrischer Sicht dringendst eine intensive psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung indiziert ist. Aufgrund der massiven Einschränkungen, welche sich bei der Beschwerdeführerin bereits eingestellt haben, wurde ein stationärer psychiatrischer Aufenthalt empfohlen. Gleichzeitig wurde eine neuerliche Überprüfung des Gesundheitszustandes ca. zwölf Monate nach Etablierung der medizinischen Massnahmen nahegelegt (AB 62.1/52, AB 62.1/56). Der vorgeschlagenen psychiatrischen Behandlung schloss sich RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ mit Beurteilung vom 4. April 2016 an und er erachtete den Gesundheitsschaden bei fachgerechter stationärer Behandlung als grundsätzlich rückbildungsfähig (AB 73/6 f.). In der Folge hat sich die Beschwerdeführerin vom 8. Dezember 2015 bis 6. März 2016 in der Klinik H. \_\_\_\_\_ AG in stationäre Behandlung begeben (AB 80), wobei ab dem dritten Monat eine allmähliche Besserung erzielt werden konnte. Nebst der Verbesserung der Gehfähigkeit gelang es ihr zusehends ihre Gefühlswelt besser zu beschreiben und auch sich selbst ernst zu nehmen. Die anfänglich agitierende und anklagende Verhaltensweise beruhigte sich und sie machte gute Fortschritte bezüglich Einsicht in ihr psychisches Erleben, welches Einfluss auf ihr physisches Befinden habe. Die Ärzte berichteten von einer emotionellen Stabilisierung und von einem Aufblühen am Ende des Aufenthaltes. Der Klinikaustritt war sehr plötzlich erfolgt, nachdem die Zusatzversicherung der Krankenkasse offenbar keine Verlängerung der Kostenübernahme gesprochen hatte (AB 80/4). Auch die Ärzte der Klinik H. \_\_\_\_\_ AG sahen eine Weiterführung der ambulanten Psychotherapie und Physiotherapie als dringend indiziert an (AB 80/5). Im Bericht der Klinik L. \_\_\_\_\_ AG vom 6. Februar 2017 hielten die Dres.

med. M.\_\_\_\_\_, Praktische Ärztin, und N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, die Beschwerdeführerin sei seit 30. Oktober 2013 etwa ein- bis dreimal wöchentlich wegen allgemeiner Schwäche, Erschöpfung, psychosomatischer Gangunfähigkeit und generalisierten Ängsten mit Tremor in Behandlung. Es finde eine intensive somatische und psychotherapeutische Behandlung statt, wobei Psychopharmaka wegen eines Reizdarmsyndroms und einer multiplen chemischen Sensitivität nicht toleriert würden (AB 100/14 f.). In Anbetracht dessen, dass der Einsatz von Psychopharmaka vom fachärztlichen MEDAS-Gutachter als dringend indiziert erachtet wurde (AB 62.1/52) und von der Beschwerdeführerin selbst anlässlich der Begutachtung eine Psychopharmaka-Unverträglichkeit nicht geltend gemacht wurde (vgl. AB 62.1/45-49), ist eine Begründung von deren Nichteinnahme allein mit den Ausführungen der behandelnden, nicht über einen entsprechenden Facharztstitel verfügenden Ärzte der Klinik L.\_\_\_\_\_ Klinik AG (vgl. hierzu Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 22. März 2010, 8C\_83/2010, E. 3.2.3) nicht geeignet, auf die Unmöglichkeit einer derartigen Therapieform zu schliessen. Immerhin hatte die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben früher während einigen Jahren offenbar mit guten Ergebnissen das Antidepressivum Zoloft eingenommen (vgl. AB 35.1/1, 62.1/45, AB 62.1/47 f.) und gegenüber den Neurologen des Spitals K.\_\_\_\_\_ erklärt, Medikamente möchte sie nicht mehr einnehmen und stattdessen eine EFT-Therapie („emotional freedom therapy“) machen (AB 35/1), was gegen die Annahme einer somatisch begründeten Unverträglichkeit spricht. Schliesslich wurde in der Konsensbeurteilung der MEDAS denn auch festgehalten, die kognitiven Defizite seien funktioneller, nicht bleibender Natur, die sich bei Zustandsbesserung wieder zurückbilden würden (AB 62.1/55).

**4.3** Unter diesen Umständen wird die Beschwerdegegnerin vor einem Entscheid über den Rentenanspruch ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen haben (vgl. E. 4.1 hiavor), in welchem Rahmen sie die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die ihr obliegende Schadenminderungspflicht (vgl. BGE 140 V 267 E. 5.2.1 S. 274) zur Aufnahme und lückenlosen Durchführung der – zumutbaren und – dringend indizierten stationären psychiatrischen Behandlung unter Einnahme der erforderlichen Medikation anzuhalten haben wird. Nach Abschluss der medizinischen

Massnahmen wird sie eine Verlaufsbeurteilung anzuordnen und hiernach über den Rentenanspruch neu zu verfügen haben. Der Rückweisung steht die bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 S. 263 ff.) nicht entgegen, geht es dabei doch darum, durch die gutachterlich empfohlenen medizinischen Massnahmen Hinweise zur Beurteilung des funktionellen Schweregrades zu gewinnen (AB 62.1/52, 62.1/56 i.f.) bzw. die von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ prognostizierte Zustandsverbesserung (AB 73/7) unter adäquater Therapie zu beurteilen. Insoweit geht es um bisher ungeklärte Fragen.

## 5.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 16. Februar 2017 (AB 101) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist zum Vorgehen im Sinne der vorstehenden Erwägung 4.3. In der Folge sind die ebenfalls angefochtenen Verfügungen vom 17. Februar 2017 (AB 102; betreffend Hilflosenentschädigung) sowie vom 21. Februar 2017 (AB 103; bezüglich Assistenzbeitrag) gleichermassen aufzuheben und wird die Beschwerdegegnerin auch hierüber nach Vornahme der entsprechenden Abklärungen erneut zu befinden haben.

## 6.

**6.1** 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 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).

**6.2** Die durch eine Organisation der öffentlichen Sozialhilfe vertretene versicherte Person hat trotz Obsiegens keinen Anspruch auf Parteientschädigung (BGE 126 V 11 E. 1 - 5 S. 11). Da die Beschwerdeführerin durch die B. \_\_\_\_\_ vertreten ist, besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

**6.3** Mit Blick auf die Gutheissung der Beschwerde ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde werden die angefochtenen Verfügungen der IV-Stelle Bern vom 16. Februar 2017, vom 17. Februar 2017 sowie vom 21. 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 wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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