

200 17 472 IV und
200 17 475 IV (2)
SCI/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. Dezember 2017

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügungen vom 29. Juni 2016 und 20. April 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1963 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im August 2012 unter Hinweis auf eine depressive Störung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) klärte daraufhin die gesundheitlichen sowie erwerblichen Verhältnisse ab und erteilte am 31. Juli 2013 Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining im Rahmen von Integrationsmassnahmen bei der C._____ in ... vom 6. August bis 5. November 2013 (AB 39). Dieses wurde in der Folge bis 8. Dezember 2013 verlängert (AB 42), jedoch aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig auf den 27. November 2013 beendet (AB 44 S. 2). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 51 S. 2 ff.) veranlasste die IVB auf dessen Empfehlung eine bidisziplinäre Begutachtung durch die Dres. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie (Gutachten vom 16. bzw. 20. April 2015; AB 73.1, 74.1; inkl. interdisziplinäre Beurteilung vom 20. April 2015; AB 73.2, 74.2). Gestützt auf die Ergebnisse der getätigten Erhebungen wies die IVB mit Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 81) – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 76 f.) – einen Anspruch auf Leistungen der IV ab.

B.

Am 18. Juli 2016 wandte sich die Versicherte mit einem als Beschwerde gegen die Verfügung vom 29. Juni 2016 bezeichneten Schreiben an die IVB und beantragte, verweisend auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, ihre Situation sei neu zu überprüfen (AB 82). Auf entsprechenden Hinweis der IVB, dass sie eine massgebliche Änderung seit Erlass der vorangegangenen Verfügung glaubhaft machen müsse (AB 83), liess die Versicherte medizinische Berichte einreichen (AB 85, 88). Nachdem die IVB eine Stellungnahme des RAD eingeholt hatte (AB 89), stellte

sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 23. November 2016 (AB 90) in Aussicht, dass auf das Leistungsbegehren nicht eingetreten werde; es sei nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten. Hiergegen erhob die Versicherte Einwand (AB 92) und liess weitere medizinische Berichte einreichen (AB 95 S. 1 – 12). Nach erneuter Rücksprache mit dem RAD (AB 97 S. 2 ff.) trat die IVB mit Verfügung vom 20. April 2017 (AB 98) entsprechend dem Vorbescheid auf das Leistungsbegehren nicht ein.

C.

Mit Eingabe vom 18. Mai 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, gegen die Verfügung vom 20. April 2017 (Verfahren IV/2017/472) Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei festzustellen, dass die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 20. April 2017 nichtig sei.
Eventuell: Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 20. April 2017 sei aufzuheben.
2. a) Die IV-Stelle Kanton Bern sei anzuweisen, die bei ihr eingereichte Beschwerde vom 18. Juli 2016 gegen die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 29. Juni 2016 zuständigkeitshalber dem Verwaltungsgericht des Kantons Bern, sozialversicherungsrechtliche Abteilung, zur Behandlung weiterzuleiten.
b) Anschliessend sei der Beschwerdeführerin in Anwendung von Art. 61 lit. b ATSG eine angemessene Frist zur Verbesserung der Beschwerde zu setzen.
3. Es sei der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren das Recht zur unentgeltlichen Rechtspflege, unter Beiordnung des Unterzeichnenden als amtlicher Anwalt, zu erteilen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Mit prozessleitender Verfügung vom 19. Mai 2017 eröffnete der Instruktionsrichter von Amtes wegen auch hinsichtlich der Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 81) ein Beschwerdeverfahren (Verfahren IV/2017/475) und vereinigte die beiden Verfahren.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Juli 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerden gegen die Verfügungen vom 29. Juni 2016 und 20. April 2017.

Mit Replik vom 2. August 2017 änderte die Beschwerdeführerin ihr Rechtsbegehren Ziff. 2 wie folgt:

- a) Die Verfügung der IV-Stelle Kanton Bern vom 29. Juni 2016 sei aufzuheben.
- b) Die IV-Stelle Kanton Bern sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin eine angemessene Invalidenrente auszurichten.

Mit Duplik vom 8. September 2017 hielt die Beschwerdegegnerin unter Beilage einer RAD-Aktennotiz vom 17. August 2017 (in den Gerichtsakten) an ihren gestellten Rechtsbegehren fest.

Bezugnehmend auf die prozessleitende Verfügung vom 13. September 2017 verzichtete die Beschwerdeführerin auf die Einreichung von Schlussbemerkungen.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtenen Entscheide sind in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 ATSG 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). Auch die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Die Rechtzeitigkeit der Beschwerde hinsichtlich der Verfügung vom 20. April 2017 (AB 98) ist nicht fraglich und erstellt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. Dass die Überweisung der als Beschwerde bezeichneten und an die Beschwerdegegnerin adressierten Eingabe vom

18. Juli 2016 (Postaufgabe am selben Tag; AB 82) gegen die Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 81) i.S.v. Art. 58 Abs. 3 ATSG an das Verwaltungsgericht unterblieben ist, gereicht der Beschwerdeführerin nicht zum Nachteil, da mit der Einreichung bei der unzuständigen Behörde die Rechtsmittelfrist ebenfalls als gewahrt gilt (vgl. Art. 60 Abs. 2 ATSG i.V.m. Art. 39 Abs. 2 ATSG). Ob die Beschwerdeführerin sich in der Folge ohne Widerspruch auf das Neuanmeldungsverfahren eingelassen hat – immerhin hat sie am 22. Dezember 2016 (Posteingang bei der IVB) nochmals Einwand gegen die Begutachtung durch die Dres. med. D._____ und E._____ erhoben (AB 92) – und das Beschwerderecht damit verwirkt hat, kann mit Blick auf das Ergebnis offen bleiben.

1.2 Angefochten sind die Verfügungen vom 29. Juni 2016 (AB 81) und 20. April 2017 (AB 98). Die Beschwerdeführerin verlangt in leistungsmässiger Hinsicht die Ausrichtung einer angemessenen Invalidenrente (vgl. Replik vom 2. August 2017 S. 2 I. Rechtsbegehren Ziff. 2 b). Streitig und zu prüfen ist damit der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

Die Anfechtung der Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 81) schliesst eine parallele Neuanmeldung nicht aus, denn das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit eines angefochtenen Entscheides nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

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.

Zu prüfen ist zunächst, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 81) den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV zu Recht abgewiesen hat.

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). 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 einen 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). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

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 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 Bei Erlass der Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 81) präsentierte sich die (medizinische) Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Am 22. August 2012 führte der Hausarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine arterielle Hypertonie, eine hypertensive Gefahren-

situation (Mai 2012), psychosoziale Belastungsfaktoren (Juni 2012) und eine reaktive Depression bei multipler Belastung auf. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Adipositas (Mai 2011), eine Hypercholesterinämie, eine diabetogene SW-Lage (Juli 2012), einen Vitamin-D-Mangel (Juli 2012), anamnestisch ein Asthma bronchiale, den Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom (Juni 2012; AB 17 S. 7), den Verdacht auf gastro-laryngealen Reflux (Juni 2012) und Gewalt durch Ehemann (26. April 2012). Die Patientin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vom 25. Mai bis 15. Juni 2012 wegen schwerer arterieller Hypertonie und vom 16. Juni bis 31. Juli 2012 wegen Depression zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (AB 17 S. 8).

3.1.2 Dr. med. G._____, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 29. August 2012 (AB 16 S. 7 f.) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine die Depression begleitende Angststörung bei multiplen medizinischen Diagnosen (ICD-10 F41.2). Die Versicherte leide seit ihrer Jugend an rezidivierenden depressiven Phasen. Als hauptsächlichlicher Belastungsfaktor sei ein regelmässiger inzestuöser Missbrauch durch den Vater zu nennen (im 5. – 12. Lebensjahr). Die aktuelle Familiensituation sei zudem stark belastet.

Am 4. September 2012 diagnostizierte Dr. med. G._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) seit 2012 und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Persönlichkeitsstörung im Sinne von Neigung zur Abhängigkeit (ICD-10 F60.7) seit der Jugendzeit (AB 16 S. 2). Mittelfristig bestehe eine gute Prognose (AB 16 S. 3). Die bisherige Tätigkeit sei in einem zeitlichen Rahmen von 50 – 80 % zumutbar (AB 16 S. 4).

3.1.3 Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste H._____ vom 29. Oktober 2012 (AB 25 S. 1 – 3) über die Behandlung in der Akuttagesklinik vom 23. Juli bis 14. September 2012 wurden als Diagnosen eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21), differenzialdiagnostisch (DD) eine rezidivierende Depression, zurzeit mittelgradig (ICD-10 F33.2), belastende familiäre Lebensumstände (dysfunktionale Familie des Sohnes mit Mangelversorgung der Grosskinder, ambivalente Be-

ziehung zum Ex-Ehemann; ICD-10 Z63.7), Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit durch Vater (ICD-10 Z61.4) und eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) aufgeführt (S. 2).

In einem Bericht der Psychiatrischen Dienste H. _____ vom 19. Dezember 2012 (AB 29 S. 2 ff.) zuhanden des Krankentaggeldversicherers führten Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und J. _____, Psychologin, in Wiederholung der bereits im vorherigen Austrittsbericht genannten Diagnosen aus, dass alle psychiatrischen Diagnosen die Arbeitsfähigkeit beeinflussten (S. 3). Die Patientin sei in ihrer beruflichen Tätigkeit als ... zu 100 % arbeitsunfähig. Dies hänge nicht von den Rahmenbedingungen eines Arbeitsplatzes, sondern vom aktuellen psychischen Zustand ab (S. 4). Im Verlaufsbericht vom 2. April 2013 (AB 32) erwähnten Dr. med. I. _____ und die Psychologin J. _____, der Gesundheitszustand habe sich seit Dezember 2012 kaum verändert (S. 1). Die Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Rückkehr in ihre frühere berufliche Tätigkeit mit einem Arbeitspensum von 39 % sei nicht zumutbar. Es sei davon auszugehen, dass sich der Zustand in den nächsten drei Monaten kaum ändern werde (S. 2).

3.1.4 Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im gutachterlichen Bericht vom 10. Mai 2013 (AB 33 S. 5 – 15) zuhanden des Taggeldversicherers eine rezidivierende depressive Störung, ursprünglich schwergradig mit psychotischen Symptomen, gegenwärtig teilremittiert mit aktuell leichtgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.8), eine Hypertonie, einen Diabetes mellitus, eine Hypercholesterinämie und ein Asthma bronchiale (S. 12). Für den prognostisch gut wahrscheinlichen Wiedereinstieg in die berufliche Tätigkeit wäre eine Aufteilung des bisherigen Pensums von 40 % auf viermal Vormittags mit einer stetigeren und damit stressfreieren Arbeitsbelastung verbunden (S. 14).

3.1.5 Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste H. _____ vom 2. September 2013 (AB 47 S. 4 ff.) über die teilstationäre Behandlung vom 18. September 2012 bis 2. August 2013 vermerkten Dr. med. I. _____ und die Psychologin J. _____ als Diagnosen eine rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.2), belastende familiäre Lebensumstände (ICD-10 Z63.7), DD den

Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit durch den Vater (ICD-10 Z61.4) und eine arterielle Hypertonie (S. 4).

Am 18. März 2014 (AB 49 S. 2 ff.) bezeichneten Dr. med. I. _____ und lic. phil. L. _____, Psychologin, die im Austrittsbericht vom 2. September 2013 (AB 47 S. 4) genannten Diagnosen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die vormals noch als Verdachtsdiagnose bezeichnete PTBS führten sie als erstellte Diagnose auf. Zusätzlich diagnostizierten sie eine Schlafapnoe und einen Diabetes mellitus Typ II (S. 2). Angesichts der häufigen Rezidive sei eine Rückkehr ins Erwerbsleben als unrealistisch zu betrachten (S. 3). Es bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 4).

3.1.6 PD Dr. med. M. _____, Facharzt für Anästhesiologie, listete im Bericht vom 5. Februar 2015 (AB 64) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei ausgeprägten spondylarthrotischen Veränderungen sowie Diskushernie L4/5 mit moderater Pelotierung des Kaudalsacks und eine Depression auf. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein Asthma bronchiale, einen Diabetes mellitus Typ 2, ein obstruktives Schlafapnoe- und Hypopnoesyndrom sowie eine arterielle Hypertonie (S. 1). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... bestehe seit ca. drei Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Zu berücksichtigen sei, dass die Versicherte bereits zu einem Zeitpunkt krankgeschrieben worden sei, als die Rückenschmerzen noch nicht vorhanden gewesen seien. Entsprechend könne nicht festgehalten werden, wie sich die Rückenschmerzen bei der Arbeit auswirkten (S. 2).

3.1.7 Basierend auf dem psychiatrischen Fachgutachten von Dr. med. D. _____ (AB 74.1) und auf der somatisch-rheumatologischen Untersuchung von Dr. med. E. _____ (AB 73.1) stellten die Gutachter in ihrer interdisziplinären Beurteilung vom 20. April 2015 (AB 73.2, 74.2) folgende Diagnosen (AB 73.1 S. 7):

Diagnose mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0)

Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

- Familiäre Schwierigkeiten (ICD-10 Z63.7)
- Sexueller Missbrauch in der Kindheit (ICD-10 Z61.4)
- Finanzielle Probleme (ICD-10 Z59)
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)
- 3. Chronisches lumbospondylogenes Syndrom
- 4. Diffuse idiopathische skeletale Hyperostose
 - Bewegungseinschränkung der Brust- und der Lendenwirbelsäule
- 5. Chronisches Schmerzsyndrom
 - nicht ausreichend somatisch abstützbar
 - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Bauchschmerzen
- 6. Adipositas mit BMI 35,56 kg/m²
- 7. Diabetes mellitus Typ 2
- 8. Arterielle Hypertonie
- 9. Schlafapnoesyndrom
- 10. Anamnestisch ein Reizmagen-Syndrom (S. 7).

Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung vom 20. April 2015 (AB 73.2, 74.2) führten die Gutachter aus, die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt für die von der Versicherten bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Für Haushaltarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. In psychiatrischer Hinsicht bestehe seit Sommer 2012 eine durchschnittliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatische-psychiatrische Komponente mitberücksichtige, könne für die bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht abgestützt werden.

3.1.8 Dr. med. F. _____ nannte in der Zusammenfassung der Krankengeschichte vom 20. Januar 2016 (AB 79), zusätzlich zu den bereits von ihm sowie in den Austrittsberichten der Psychiatrischen Dienste H. _____ vom 29. Oktober 2012 (AB 25 S. 2) und 2. September 2013 (AB 47 S. 4 ff.) und von Dr. med. M. _____ (AB 64) genannten Diagnosen, einen latenten Vitamin-B12-Mangel (Juni 2013), Kopfschmerzen, DD Erstmanifestation einer Migräne (August 2013), Streptokokken, Laryngitis (Februar 2013), anamnestisch eine axiale Hypermobilität, eine Epicondylopathia humeri radialis rechts (August 2015) sowie einen Sturz mit Sakrum-/Steissbeinkontusion und OSG-Distorsion links (25. Dezember 2013).

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 81) massgeblich auf die interdisziplinäre Begutachtung der Dres. med. D. _____ und E. _____ vom 16. bzw. 20. April 2015 (AB 73.1 f., 74.1 f.) gestützt. Die Expertisen der beiden Fachärzte erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hier vor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in den ärztlichen Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Insbesondere diskutierten sie auch invaliditätsfremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen Arztberichten. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Auf die Gutachten der Dres. med. D. _____ und E. _____ ist somit abzustellen.

3.4 Aus den Akten geht hervor, dass auch seitens der behandelnden Ärzte zunächst allein depressive Episoden bzw. depressive Reaktionen

attestiert wurden; dies durchaus im Bewusstsein um die schwierige psychosoziale Situation wie auch den von der Beschwerdeführerin geschilderten Missbrauch in der Kindheit. So berichteten die Dres. med. F. _____ und G. _____ im August/September 2012 über eine reaktive Depression bzw. depressive Episode, erwähnten als Belastungsfaktor den langjährigen Missbrauch durch den Vater als Kind und verwiesen auf die aktuelle familiäre Situation (AB 16 S. 2, 7 f., AB 17 S. 7, 10). Dasselbe ergibt sich aus den Berichten der Psychiatrischen Dienste H. _____ vom 29. Oktober und 19. Dezember 2012 (AB 25 S. 1 – 3, AB 29 S. 2 ff.), worin die behandelnden Ärzte als Diagnosen eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion, belastende familiäre Lebensumstände sowie Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit durch den Vater aufführten. Die Diagnose der PTBS wurde erst im späteren Verlauf gestellt, vorerst am 2. September 2013 DD als Verdachtsdiagnose (AB 47 S. 4) und am 18. März 2014 als eigene Diagnose (AB 49 S. 2). Sie ist, wie vom psychiatrischen Gutachter korrekt dargelegt, nicht überzeugend und entspricht auch nicht den diagnostischen Leitlinien. Die Beschwerdeführerin klagt nicht über eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Tagträumen oder Träumen (AB 74.1 S. 6, 8 [Flashbacks], 13 f.), was zusätzlich zum Trauma Voraussetzung ist. Sodann soll eine PTBS grundsätzlich nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis aufgetreten ist, während bei einer längeren Latenzzeit die klinischen Merkmale typisch sein müssen und keine andere Diagnose (wie beispielsweise eine depressive Episode) gestellt werden kann. Späte, chronifizierte Folgen von extremer Belastung, d.h. solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, sind als andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) zu klassifizieren (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 208). Eine PTBS, die hier auf dem Missbrauch in der Kindheit vor langen Jahren beruhen würde, wäre unmittelbar im Gefolge dieses Missbrauchs aufgetreten und hätte inzwischen – wenn sie nicht remittiert wäre – in eine Persönlichkeitsänderung übergehen müssen. Diese Erkenntnis der psychiatrischen Lehre gilt unbeschadet der Tatsache, dass solche kriminellen Verfehlungen immer eine massive, nie mehr auslöschbare Belastung

des Opfers sind. Tatsächlich bestehen bei der Beschwerdeführerin Anhaltspunkte für eine Belastungsreaktion in der Kindheit, führte die Beschwerdeführerin doch aus, als Kind in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein (AB 25 S. 2, AB 29 S. 2, AB 74.1 S. 4). Daraus nun aber zu schliessen, es liege heute noch eine PTBS vor, ist diagnostisch nicht möglich. Die Beschwerdeführerin war während Jahren beruflich eingegliedert (AB 2 S. 4; AB 13 S. 4 f., AB 20 S. 2 f.) und konnte ihre Söhne alleinerziehend aufziehen (AB 47 S. 5, AB 33 S. 6). In Anbetracht des während Jahrzehnten fast blanden Verlaufs (einzig im Alter von 26 Jahren eine depressive Reaktion nach psychosozialen Belastungen; AB 74.1 S. 9 f.) verbietet sich bei der heute 54-jährigen Versicherten, aus einer früheren Traumatisierung eine aktive psychiatrische Diagnose abzuleiten. Dass sowohl die behandelnden Ärzte als auch die Gutachter mit Blick auf die Gefahren einer Retraumatisierung (nachvollziehbar) auf eine Aufarbeitung dieser früheren Zeit verzichten, ändert daran nichts. Hinzu kommt, dass eine Persönlichkeitsänderung (auch von den behandelnden Ärzten) aufgrund der Befundlage nicht diagnostiziert werden konnte. Auch dies überzeugt vor dem Hintergrund der diagnostischen Leitlinien, zumal eine feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber, ein sozialer Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein und eine Entfremdung nicht festgestellt werden konnten (AB 74.1 S. 7 f.; vgl. DILLING, MOMBOUR, SCHMIDT, a.a.O., S. 286 f.) und damit auch keine entsprechende Ressourceneinschränkung besteht.

Dass die Beschwerdeführerin aufgrund der belastenden psychosozialen Situation die Söhne und Grosskinder wie auch ihre finanzielle Situation betreffend Reaktionen zeigt, ist keineswegs Zeichen einer psychischen Erkrankung, sondern zutiefst menschlich. Wenn die Gutachter daraus über die Depressivität hinaus keine invalidenversicherungsrechtlich massgebliche Störung ableiten, so überzeugt dies. Schliesslich stellt die gutachterlich diagnostizierte leichtgradige depressive Episode (AB 74.1 S. 8) in Bezug auf die PTBS, wie erwähnt, eine Ausschlussdiagnose dar.

Mit der Beschwerde vom 18. Juli 2016 (AB 82) hat die Beschwerdeführerin keine weiteren ärztlichen Berichte eingereicht. Sie hat allein die gutachterli-

che Beurteilung in Zweifel gezogen. Für solche Zweifel besteht (auch unter Berücksichtigung der im weiteren Verlauf erstellten ärztlichen Berichte) jedoch kein Anlass (vgl. E. 5.3 hiernach).

3.5 Auch wenn die psychiatrische Beurteilung in diagnostischer Hinsicht überzeugt, so kann nicht unbesehen auf die angegebene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, wonach aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht eine Einschränkung von 20 % bestehe (AB 73.2, AB 74.1 S. 8, 11 f., AB 74.2). So stellt es eine von der Verwaltung bzw. vom Gericht zu prüfende Rechtsfrage dar, ob ein ärztlicherseits diagnostiziertes Leiden den Rechtsbegriff der invalidisierenden Krankheit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG erfüllt (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 29. Juni 2011, 9C_176/2011, E. 4.1).

Die Prüfung der rechtsprechungsgemäss geltenden Indikatoren (BGE 141 V 281; vgl. auch Entscheide des BGer vom 30. November 2017, 8C_130/2017 und 8C_841/2016) spricht gegen das Vorliegen einer invalidisierenden psychischen Störung:

Im Rahmen der Kategorie funktioneller Schweregrad (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex Gesundheitsschädigung zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht übermässig ist. So gibt die Beschwerdeführerin zum Tagesablauf an, sie stehe um 08:00 Uhr auf und gehe dann mit ihren Hunden spazieren. Sie bastle gerne, höre oft Musik und erledige ihre Einkäufe selber (AB 74.1 S. 6). Gestützt auf diese Darlegungen kann nicht von einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz gesprochen werden, was jedoch diagnosespezifisch sein müsste (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 i.V.m. E. 2.1.1 S. 286). Betreffend Behandlungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) geht aus den Akten hervor, dass sich die Beschwerdeführerin zwar in psychiatrische Behandlung begibt und Psychopharmaka einnimmt (AB 74.1 S. 5), jedoch sollten die therapeutischen Massnahmen gemäss dem psychiatrischen Gutachter weitergeführt werden (AB 74.1 S. 12). Von einer Behandlungsresistenz kann somit nicht ausgegangen werden. Massgeblich sich wechselseitig aufschaukelnde psychiatrische Komorbiditäten bestehen mit der allein leichtgradigen de-

pressiven Episode neben der somatoformen Schmerzstörung nicht. Eine Persönlichkeitsstörung konnte ausgeschlossen werden (AB 74.1 S. 13). Anhaltspunkte, dass in der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin krankheitswertige Umstände vorliegen, welche ein Leistungsvermögen ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302), sind demnach nicht ersichtlich. Die somatischen Beschwerden stehen der Überwindbarkeit nicht entgegen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.).

Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass ein Beziehungsnetz besteht. Die Beschwerdeführerin gab an, engen Kontakt mit einem Sohn und dessen Kind sowie ihrer Schwester und einer Cousine zu pflegen (AB 74.1 S. 4, 6). Der Lebenskontext hält der Beschwerdeführerin folglich mobilisierbare Ressourcen bereit. Hinzu kommt, dass letztlich vorab die Erwerbstätigkeit mit eigenem Einkommen die sich aus der Bedürftigkeit für die Beschwerdeführerin ergebende Belastung aufheben würde.

Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist schliesslich festzuhalten, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu erheben war. Während die Beschwerdeführerin regelmässige soziale Kontakte pflegt und einen aktiven Tagesablauf lebt, kann sie sich nicht vorstellen einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (AB 74.1 S. 1). Dieses Verhalten lässt mit Blick auf die gesamten Umstände nicht auf einen krankheitsbedingten Rückzug und auf verminderte Ressourcen schliessen.

Gestützt auf die massgebenden Indikatoren ist erstellt, dass selbst unter Prüfung der neuen Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht den attestierten Störungen keine invalidisierende Wirkung zukommt.

Die somatischen Diagnosen zeitigen bereits aus medizinischer Sicht keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, weshalb eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Invalidität diesbezüglich ebenfalls ausgeschlossen werden kann.

3.6 Nach dem Dargelegten fehlt es an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes und der einschlägigen höchstrichterlichen Rechtsprechung, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht einen

Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Die angefochtene Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 81) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde vom 18. Juli 2016 abzuweisen.

3.7 Selbst wenn jedoch die gutachterlich attestierte Einschränkung von 20 % als invalidenversicherungsrechtlich relevant zu betrachten wäre, würde sich am Ergebnis des fehlenden Rentenanspruchs nichts ändern. In der bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeit bestände diesfalls eine medizinisch-theoretische Einschränkung von 20 % (AB 72.1 S. 11 f., AB 74.2). Bei einer entsprechenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.3 hiervor), weshalb die hier einzig beantragte Rente (vgl. E. 1.2 hiervor und Replik S. 2) selbst bei Berücksichtigung der Einschränkung zu verneinen wäre.

4.

Zu prüfen bleibt damit, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die als Neuanmeldung entgegengenommene Beschwerde vom 18. Juli 2016 (AB 82), in deren Gefolge eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend gemacht wurde (AB 84 f.), nicht eintrat. Das heisst, ob sie richtigerweise davon ausging, die Beschwerdeführerin habe eine seit der Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 81) eingetretene Verschlechterung ihres Gesundheitszustands nicht glaubhaft gemacht.

4.1 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 IV-Grad 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]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine

Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; der Sachverhalt muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsdarstellung nicht erstellen lassen. Grundsätzlich unterliegt das Glaubhaftmachen weniger strengen Anforderungen als im Zivilprozessrecht. Dort muss – im Gegensatz zum vollen Beweis – das Gericht von der Richtigkeit der behaupteten Sachdarstellung immerhin überzeugt sein, wenn auch nicht vollständig und unter Ausschluss jeden Zweifels (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

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

Die versicherte Person muss mit der Neuanschuldung (oder dem Revisionsgesuch) die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Wird in der Neuanschuldung (oder dem Revisionsgesuch) kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Be-

weismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69).

4.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich 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).

5.

5.1 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 81), wie bereits ausgeführt, massgeblich auf die interdisziplinäre Begutachtung der Dres. med. D._____ und E._____ vom 16. bzw. 20. April 2015 (AB 73.1 f.; 74.1 f.), welcher voller Beweiswert zukommt (vgl. E. 3.3 hiervor).

5.2 Für die Zeit nach der Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 81) bis zur angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 20. April 2017 (AB 98) lassen sich in medizinischer Hinsicht den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

5.2.1 Dr. med. I._____ und lic. phil. L._____ führten im Bericht vom 17. August 2016 (AB 85) als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung mit schleichendem Beginn und chronischem Verlauf, aktuell nach Klinikaufenthalt teilremittierte schwere Episode (ICD-10 F33.2/3), eine PTBS (ICD-10 F43.1), Probleme bei sexueller Gewalt in der Kindheit durch den Vater (ICD-10 F61.4), belastende familiäre Lebensumstände (ICD-10

Z63.7), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit stark ausgeprägten dependenten sowie Borderline-Anteilen (ICD-10 F61) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit (ICD-10 F62.1) auf (S. 1). Trotz Phasen der Besserung habe sich der Zustand insgesamt sukzessive verschlimmert, sodass anfangs Juli 2016 erstmals ein stationärer Klinikaufenthalt unumgänglich geworden sei (S. 2).

5.2.2 Im Bericht der Klinik N. _____ vom 23. August 2016 (AB 88 S. 2 ff.) über die Hospitalisation vom 1. Juli bis 13. August 2016 diagnostizierte Dr. med. O. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelschwer (ICD-10 F33.1), eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit Borderline und dependenten Anteilen (ICD-10 F61.0), Probleme bei sexuellem Missbrauch durch den Vater (ICD-10 Z61.4) und eine belastende familiäre Lebenssituation (ICD-10 Z63.7; S. 2). Die Patientin habe in einem gebesserten und stabilisierten Zustand entlassen werden können, jedoch in eine sehr schwierige psychosoziale Situation (S. 5).

5.2.3 In der Stellungnahme des RAD vom 16. November 2016 (AB 89 S. 3 f.) legte Dr. med. P. _____, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, dar, dass seit der Begutachtung durch Dr. med. D. _____ am 27. März 2015 ausser den in seinem Gutachten genannten psychiatrischen Diagnosen keine neuen psychiatrischen Diagnosen objektiv ausgewiesen seien. Weder bei Eintritt in die Klinik N. _____ noch bei Austritt seien die Diagnosekriterien nach ICD-10 einer leistungsrelevanten affektiven Störung erfüllt gewesen. Neue Diagnosen im somatischen Fachgebiet seien gemäss der Zusammenfassung der Krankengeschichte des Dr. med. F. _____ seit der Begutachtung durch Dr. med. E. _____ am 30. März 2015 zwischenzeitlich nicht hinzugekommen. Es könne somit weiterhin auf die interdisziplinäre Beurteilung der Dres. med. D. _____ und E. _____ vom 20. April 2015 abgestellt werden (S. 4).

5.2.4 Am 19. Januar 2017 vermerkte Dr. med. F. _____ als aktuelle relevante Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, chronische Kopfschmerzen, eine arterielle Hypertonie, rezidivierende Synkopen unklarer Ätiologie (Herbst 2016), eine Adipositas, Hypercholesterinämie, einen Diabetes mellitus Typ 2, ein obstruktives Schlafapnoe- und Hypopnoesyndrom.

drom mittelschwer, ein Asthma bronchiale (AB 95 S. 10), einen Vitamin-D-Mangel, einen latenten Vitamin-B12 Mangel, den Verdacht auf gastro-laryngealen Reflux, einen leichten Eisenmangel ohne Anämie, Unterschenkelödeme multifaktoriell bedingt, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom sowie chronifizierte lumbospondylogene und lumboradikuläre Schmerzen L5 links bei Spondylarthrosen L3-S1 mit Spondylolisthese L4/5 und rezessaler Kompression L5 links (AB 95 S. 11). Aus rein somatischer und hausärztlicher Sicht bestehe für leichte körperliche Tätigkeiten mit Wechselbelastung eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % (AB 95 S. 12). D. h., eine z.B. anhaltend rein sitzende Tätigkeit (z.B. an einer ...) von bis vier Stunden wäre aufgrund der Rückenproblematik nicht zumutbar. Zudem müssten die psychischen Einschränkungen beim Tätigkeitsprofil berücksichtigt werden (S. 12).

5.2.5 In ihrer Stellungnahme vom 21. Februar 2017 (AB 95 S. 1 – 9) führten Dr. med. I. _____ und lic. phil. L. _____ aus, anhand eines einzigen Interviews habe Dr. med. D. _____ eine über weite Strecken unrichtige, oberflächliche und oft auch gar nicht näher begründete Beurteilung erstellt, welche in krassem Gegensatz zu ihren langjährigen Beobachtungen der Patientin stehe (S. 1). Die psychotischen Symptome, welche anlässlich der zahlreichen schweren depressiven Episoden immer wieder aufträten, seien nicht berücksichtigt worden. Im Gegenteil, der Hinweis der neueren Berichte auf schwere depressive Episoden werde in Frage gestellt. Dass diese Berichte auf eine Verschlimmerung des Zustands hin zustande gekommen seien, bleibe unberücksichtigt (S. 2). Die leichte depressive Episode sei, unterbrochen von mittelschweren bis schweren Episoden, immer vorhanden. Mittelgradige depressive Episoden träten über Phasen von Wochen bis Monaten auf. Schwere depressive Episoden ohne psychotische Symptome träten ebenfalls immer wieder auf und dauerten in der Regel einige Wochen. Psychotische Symptome kämen immer wieder in Form von paranoiden Wahnvorstellungen und Halluzinationen vor. Für die Diagnose einer PTBS spreche, dass die Patientin gegenüber Unbekannten eine starke Fassade zeige, ihre Symptome bagatellisiere und sich nicht wirklich mitteilen könne (S. 3). Die Patientin erfülle gemäss ICD-10 sämtliche Kriterien einer PTBS (S. 4). Aufgrund der hohen Komorbiditätsrate könne sowohl eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembe-

lastung (ICD-10 F62.0) als auch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dependenten und Borderline-Anteilen (ICD-10 F61.0) vorhanden sein (S. 7). Die Integrationsmassnahme im 2013 habe gezeigt, dass die Patientin zwar motiviert und interessiert mitgearbeitet habe, durch ein Pensum von zwei Stunden täglich jedoch bereits die Grenze der Belastbarkeit erreicht habe. Der Zustand der Patientin habe sich seither noch weiter verschlimmert (S. 8). Die rezidivierende depressive Störung und die hochgradige psychische Labilität aufgrund der PTBS und der kombinierten Persönlichkeitsstörung, die rasche Ermüdbarkeit und die Konzentrationsprobleme würden die erforderliche Konstanz und Stabilität bei einem Einsatz in der freien Wirtschaft verhindern. Mehr als allerhöchstens drei Mal wöchentlich zwei Stunden Einsatz in einer geschützten Werkstatt sei der Patientin nicht zuzumuten (S. 9).

5.2.6 In der Stellungnahme des RAD vom 10. April 2017 (AB 97 S. 2 ff.) erläuterte Dr. med. P._____, unter Berücksichtigung der Angaben im Schreiben vom 19. Januar 2017 und des Austrittsberichts der Klinik N._____, vom 23. August 2016 sei seit dem 13. August 2016 (Austritt aus der Klinik N._____) die Psychopharmakotherapie nicht verändert worden. Ein aktueller Medikamentenspiegel liege nicht vor. Der am 13. August 2016 dokumentierte Psychostatus und das soziale Aktivitätsniveau sprächen gesamtheitlich gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten affektiven Störung. Sie bestätigten die Leistungseinschätzung im interdisziplinären Gutachten und sprächen gegen die Leistungsbeurteilung im Schreiben vom 21. Februar 2017. Im Bericht des Hausarztes würden – ausser den bereits zum Zeitpunkt der psychiatrisch-rheumatologischen Begutachtung – keine neuen leistungsrelevanten Diagnosen genannt (S. 4). Zusammengefasst ergäben sich aus den im Anhörungsverfahren vorgelegten Berichten keine neuen leistungsrelevanten Diagnosen und somit keine neuen versicherungsmedizinischen Gesichtspunkte in Bezug auf das im interdisziplinären Gutachten vom 20. April 2015 genannte Leistungsvermögen der Versicherten. Diese werde auch weiterhin noch für fähig erachtet, körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten, wechselbelastend und überwiegend im Sitzen, in Früh- oder Spätschicht, ohne regelmässige Nachtschicht, mit den betriebsüblichen Pausen vollumfänglich zu verrichten (S. 5).

5.3 Nachdem die IV-Stelle eine Verbesserung der „Neuanmeldung“ angemahnt hatte (AB 83), wurde zunächst mit E-Mail vom 9. August 2016 (AB 84) eine Verschlechterung der Situation geltend gemacht. Insoweit haben die behandelnden Ärzte in ihrem Bericht vom 17. August 2016 (AB 85) weitere Diagnosen, hinweisend auf eine Persönlichkeitsstörung, gestellt. Dies geschah wohl nicht zuletzt vor dem Hintergrund des Berichts der Klinik N._____ über den stationären Aufenthalt vom 1. Juli bis 13. August 2016 (AB 88 S. 2 ff.). In der Klinik N._____ erfolgte jedoch allein eine Depressionsbehandlung, besuchte die Beschwerdeführerin doch das Therapieprogramm zum Thema Depression (AB 88 S. 4 „Therapie und Verlauf“), was bei dem von den behandelnden Ärzten inzwischen präsentierten Strauss an Diagnosen, wenn sie denn zuträfen, jedoch nicht einleuchten würde. Dass von der Beschwerdeführerin (AB 88 S. 3) heute nun Symptome ähnlich einer PTBS geschildert werden, ändert nichts an der Tatsache, dass diese Symptome früher eindeutig weder von den behandelnden noch von den gutachtlich tätigen Ärzten zu erheben waren (vgl. E. 3.4 hiervor) und nach wie vor auch von den behandelnden Ärzten nicht objektiviert wurden. Eine seriöse Auseinandersetzung der behandelnden Ärzte mit den diagnostischen Leitlinien (vgl. E. 3.4 hiervor) fehlt. In dieser Hinsicht hat die RAD-Ärztin denn auch überzeugend auf die Diskrepanz zwischen bei objektiver Betrachtung an sich nach wie vor gleicher Befundlage und neu gestellten Diagnosen hingewiesen (AB 89 S. 3 ff.). Aus den seit dem 29. Juni 2016 erstellten Berichten ergeben sich keine neuen gesundheitlichen Schädigungen, welche nicht bereits aus früheren Arztberichten bekannt gewesen und bei der ersten Leistungsprüfung berücksichtigt worden wären. Mithin sind solche Veränderungen auch nicht glaubhaft im hier massgeblichen Sinn.

Wenn die behandelnden Ärzte sich in ihrer Stellungnahme vom 21. Februar 2017 (AB 95) nun auf eine advokatorische Kritik am Gutachten verlegen und eine ganze Rente verlangen, so verkennen sie ihre Aufgabe und kann ihnen nicht gefolgt werden. Auch in medizinischer Hinsicht überzeugt ihre Eingabe im Übrigen nicht. Anders als von ihnen angenommen, hat das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D._____ wie bereits dargelegt durchaus vollen Beweiswert (vgl. E. 3.3 hiervor). Seine Einschätzung bewegt sich, entgegen den behandelnden Ärzten, keineswegs fernab der da-

maligen Bewertung der behandelnden Ärzte. Im Gegenteil haben damals auch diese Ärzte selbst weit unauffälligere Befunde festgehalten, als sie nun auch retrospektiv geltend gemacht werden. Auch die Depressivität wurde als reaktiv betrachtet (AB 25 S. 2, AB 29 S. 3). Die nun geschilderten angeblichen Zwangshandlungen (mehrmals tägliches Duschen), das Schlagen des Kopfes an die Wand und angebliche Halluzinationen (AB 95 S. 1) waren echtzeitlich auch bei den (bereits damals seit langer Zeit) behandelnden Ärzten (und dann selbst noch in der Klinik N._____) nie Thema. Vielmehr wurden etwa Halluzinationen oder Wahnvorstellungen wiederholt ausdrücklich ausgeschlossen (AB 74.1 S. 7, AB 49 S. 3, AB 47 S. 5, AB 33 S. 7, AB 29 S. 3). Diese neue, allein auf der Selbstdarstellung der Beschwerdeführerin basierende Einschätzung ist unbeachtlich. Die Ärzte haben auch nicht ansatzweise (neue) objektivierte Befunde erhoben und festgehalten, die – abgesehen von der sich offenbar weiter zugespitzten psychosozialen Situation (AB 88 S. 5, vgl. Beschwerdebeilage [BB] 4, Bemerkungen auf der letzten Seite) – auf eine Verschlechterung hindeuten würden. Allein der Umstand einer stationären Behandlung bei gleicher Befundlage macht eine Veränderung nicht glaubhaft.

5.4 Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands nicht glaubhaft gemacht ist. Dies gilt umso mehr, als zwischen der Verfügung vom 29. Juni 2016 (AB 81) einerseits und dem in zeitlicher Hinsicht massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. April 2017 (AB 98) andererseits lediglich knapp zehn Monate liegen und dementsprechend an die Glaubhaftmachung hohe Anforderungen zu stellen sind (vgl. E. 4.2 hiervor). Damit erweist sich die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 20. April 2017 (AB 98) als rechtens und die Beschwerde vom 18. Mai 2017 ist abzuweisen.

6.

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

Im vorliegenden Fall sind die Verfahrenskosten auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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

6.3.1 Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (Beschwerdebeilgabe [BB] 4). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverteidigung ist zu bejahen. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ ist demnach gutzuheissen. Somit ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien. Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwalt B. _____.

6.3.2 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwäl-

tinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Prozessführung sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der kantonalen Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 18. September 2017 macht Rechtsanwalt B. _____ einen Zeitaufwand von 15 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 3'750.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 174.50 sowie die Mehrwertsteuer von 8 % (auf Fr. 3'924.50) im Betrag von Fr. 313.95, total Fr. 4'238.45, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Folglich wird der tarifmässige Parteikostenersatz für dieses Verfahren auf Fr. 4'238.45 festgesetzt. Davon ist Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 3'000.-- (15 h x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 174.50 und Mehrwertsteuer von Fr. 253.95 (8 % von Fr. 3'174.50), total somit eine Entschädigung von Fr. 3'428.45 auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO (vgl. Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde im Verfahren IV/2017/475 betreffend die Verfügung vom 29. Juni 2016 wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Beschwerde im Verfahren IV/2017/472 betreffend die Verfügung vom 20. April 2017 wird abgewiesen.

3. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
4. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
5. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
6. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 4'238.45 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'428.45 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
7. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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