

200 17 502 IV  
LOU/SHE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 19. April 2018**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Mai 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1965 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 14. März 2016 (Datum Postaufgabe) bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte in der Folge medizinische und berufliche Abklärungen. Insbesondere gestützt auf das orthopädisch-psychiatrische Gutachten der B. \_\_\_\_\_ (MEDAS) vom 7. Februar 2017 (AB 43.1) verneinte sie – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 44) – mit Verfügung vom 2. Mai 2017 (AB 45) den Anspruch auf IV-Leistungen.

### **B.**

Am 19. Mai 2016 leitete die IVB eine von der Versicherten dagegen in französischer Sprache (und daher gerichtsintern der Abteilung für französischsprachige Geschäfte zugeteilte) erhobene Beschwerde zuständigkeithalber an das Verwaltungsgericht zur Bearbeitung weiter. Darin beantragt die Versicherte sinngemäss die Zusprechung einer Invalidenrente sowie die unentgeltliche Rechtspflege unter Beordnung eines spanischsprechenden Rechtsanwalts als anwaltlicher Anwalt.

Am 24. Juli 2017 teilte die Beschwerdeführerin dem Verwaltungsgericht mit, ihr „derzeitiger“ Anwalt habe sie nicht ausreichend über seine Handlungen und die Konsequenzen informiert, weswegen sie die Hilfe ihrer Tochter herangezogen habe. Ihrer Eingabe beigelegt war ein Sozialhilfebudget der Stadt C. \_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2017. Mit Schreiben vom 12. August 2017 bat die Beschwerdeführerin, das Verfahren in deutscher Sprache fortzusetzen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 16. August 2017 wurde das Verfahren in Absprache mit dem Präsidenten der Abteilung für französischsprachige

Geschäfte von der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Verwaltungsgerichts übernommen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 15. September 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 2. Mai 2017 (AB 45). Streitig und zu prüfen ist einzig der Anspruch auf eine Rente.

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

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

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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). 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). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) über-

wiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.3** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine 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** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, führte im Bericht vom 9. Februar 2016 (AB 24/4) aus, die im Oktober 2015 ausgeführte periradikuläre Steroidinfiltration C4/5 rechts habe nach heutigen Angaben der Versicherten eine zeitweilige leichte, aber nicht wesentliche oder anhalten-

de Besserung erbracht. Es bestehe mittlerweile ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts. Es liege nicht nur ein Zustand nach Diskushernienoperation mit HWS-Prothese C6/7 vor, sondern auch eine schwere Osteochondrose und Foramenstenose C5/6 rechts deutlicher als links und vor allem eine mediolaterale Diskushernie der Bandscheibe C4/5 rechts (S. 4). Eine der beiden letztgenannten Pathologien oder vielleicht sogar beide würden offensichtlich die Zervikobrachialgie unterhalten. Da die Versicherte deswegen die Arbeit aufgegeben habe oder habe aufgeben müssen, bestehe durchaus ein relevantes Problem, weswegen eine Therapie eingeleitet worden sei (S. 5).

**3.1.2** Die behandelnde Hausärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Praktische Ärztin, diagnostizierte im Bericht vom 24. März 2016 (AB 14) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Depression sowie einen Status nach Bandscheibenprothese C6/7 2012 (S. 2 Ziff. 1.1). Es bestünden eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit, eine Sensibilitätsstörung am rechten Arm sowie eine depressive Verstimmung (S. 4 Ziff. 1.7). Seit dem 1. Dezember 2016 (recte: 2015) bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7).

**3.1.3** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 14. April 2016 (AB 16) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Angst- und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) sowie erhebliche Kopfschmerzen (S. 1 Ziff. 1.1). Aktuell bestünden Schlafstörungen, eine Verlangsamung des Denkens, generalisierte Körperschmerzen, eine grosse Ermüdbarkeit, starke Kopfschmerzen, eine psychomotorische Verlangsamung, Gedächtnisprobleme, ein Erstickungsgefühl, Rückenschmerzen, Angstzustände mit Appetitlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, eine mangelnde Motivation, eine Angst zu versagen sowie ein Gewichtsverlust. Deswegen könne die Versicherte nicht arbeiten. (S. 2 Ziff. 1.4 und 1.7).

Dr. med. F. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 12. Mai 2016 (AB 32/6) u.a. anxio-depressive Störungen, starke Kopfschmerzen sowie Zervikalgien nach zervikaler und dorsaler Operation. Es bestünden generalisierte Schmerzen hauptsächlich im zervikalen Bereich, Schlaf- und Konzentra-

tionsstörungen, eine psychomotorische Verlangsamung, eine fehlende Motivation, ein Erstickungsgefühl sowie Rückenschmerzen.

**3.1.4** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 11. Juni 2016 (AB 32/5) u.a. wechselnde Beschwerden in den Fingergelenken rechtsbetont und in den Kniegelenken ohne klinisches Korrelat, ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts bei degenerativen Veränderungen der HWS C4/5 und C5/6 sowie einem Status nach Diskushernienoperation mit HWS-Prothese C6/7. Für die geklagten Beschwerden in den Finger- und Kniegelenken finde sich kein klinisches Korrelat. Die Extremitätengelenke seien allseits frei beweglich. Hinweise für Synovialitiden oder Tendinitiden fänden sich nicht. Ebenfalls lägen derzeit keine Hinweise für ein entzündlich rheumatisches Leiden vor.

**3.1.5** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ beschrieb im Verlaufsbericht vom 7. Juli 2016 (AB 32/2) den Gesundheitszustand als stationär (S. 2 Ziff. 1). Seit dem 1. Dezember 2015 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 11).

**3.1.6** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 15. September 2016 (AB 43.2/5) aus, die Versicherte beschreibe Nackenschmerzen auch in der Nacht mit Ausstrahlungen überwiegend bis in die Ellenbogenregion und den ulnaren Unterarm, heute weniger in die Finger als früher. Weiterhin würden ihr Gegenstände aus der rechten Hand fallen und diese Hand sei manchmal ganz verkrümmt. Zusätzlich erwähne sie geschwollene und schmerzhaft Knie beidseits (S. 5). Wegen des langwierigen und therapieresistenten Verlaufs mit anhaltender Arbeitsunfähigkeit und des insgesamt progredienten, eindrücklichen Stenosebefundes auf Höhe C5/6 rechts sei die operative Dekompression und Versteifung dieses Segmentes angezeigt. Man könne sich auf das Segment C5/6 beschränken, weil die im letzten Jahr noch deutliche Diskushernie C4/5 rechts kleiner geworden sei und deshalb kaum noch Ursache der Zervikobrachialgie rechts sein könne. Ohnehin stünden die Zervikalgien im Vordergrund, was mit den ausgeprägten degenerativen Veränderungen C5/6 korrespondiere. Deshalb habe er (Dr. med. D. \_\_\_\_\_) der Versicherten die Operation vorgeschlagen (S. 6).

**3.1.7** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, hielt im Bericht vom 16. Oktober 2016 (AB 43.2/4) fest, die Versicherte leide unter chronischen Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm. Das letzte Myelo-CT der HWS zeige als Hauptbefund eine bilaterale foraminale Ste-nose im Bereich C5/6 mit möglicher Kompression der Wurzel C6 beidseits und zudem eine vorbestehende präforaminale Diskushernie C4/5 rechts. Die Versicherte berichte aber über Schmerzen, die vor allem in den Ulnarbereich des Unterarms (Bereich C8) ausstrahlen würden. Wegen der Dis-krepanz zwischen klinischem Befund und dem Befund des Myelo-CT ver-anlasste Dr. med. H.\_\_\_\_\_ bei Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neu-urologie, eine elektromyographische Abklärung.

**3.1.8** Dr. med. I.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 9. November 2016 (AB 43.2/2) ein Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts sowie ein Karpaltun-nelsyndrom rechts, sensibel. Die Versicherte leide neben ihrem chroni-schen Zervikalsyndrom aktuell unter einer Reizsymptomatik des N. ulnaris im Bereiche des S. ulnaris rechtsbetont beidseits und des N. medianus im Bereich des Karpaltunnels. Er (Dr. med. I.\_\_\_\_\_) habe ihr geraten, in der Nacht eine Handschiene zu tragen. Weiter empfehle er eine Überwei-sung an einen Handchirurgen, damit dieser die Versicherte bezüglich der Reizsymptomatik der beiden Nerven beraten könne. Zum jetzigen Zeitpunkt fänden sich keine Hinweise auf eine relevante radikuläre zervikale Aus-fallsymptomatik (S. 3).

**3.1.9** Im psychiatrisch-orthopädischen Gutachten der MEDAS vom 7. Fe-bruar 2017 (AB 43.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fol-gende Diagnosen gestellt (AB 43.1 S. 18):

1. Chronisches rechtsbetontes zervikales Schmerzsyndrom ohne objektivierbare radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.2)
  - Status nach Mikrodiskektomie und Implantation einer Diskusprothese HWK6/7 im Dezember 2012 (ICD-10 Z96.6)
  - degenerative Veränderungen der unteren HWS mit wahrscheinlich weitge-hend aufgehobener Beweglichkeit im prothetisch versorgten Segment HWK6/7, osteodiskale Einengung der Neuroforamina HWK5/6 beidseits, rechts mehr als links mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel C6 rechts sowie kleine medio-rechtslaterale Diskushernie HWK4/5 ohne objek-tivierbare Kompromittierung neuraler Strukturen (ICD-10 M47.82/M50.2)
2. Leichtgradige Ulnarisneuropathie im Sulcus nervi ulnaris am Ellbogen rechts (ICD-10 G56.2).

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) sowie elektrophysiologisch ein leichtes sensibles Karpaltunnelsyndrom rechts, aktuell ohne entsprechende klinische Symptomatik vor (ICD-10 G56.0; Ziff. 5.2). Es bestünden aufgrund der objektivierbaren Befunde eine deutlich verminderte Belastbarkeit der HWS und eine leicht- bis mässiggradig verminderte Belastbarkeit der rechten oberen Extremität. Körperlich schwere, mittelschwere und nicht-adaptierte Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar. Für körperlich nur leichte Arbeiten mit einer Hebe- und Traglimite von regelmässig 5 kg und selten 10 kg, mit möglichen Positionswechseln, ohne Arbeiten mit den Armen oberhalb der Horizontalen, bestehe eine quantitativ uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht seien die somatisch nicht vollständig erklärbaren Befunde für die subjektiv angegebenen Beschwerden und vor allem subjektiven Limitierungen, bei nicht ursächlich vorliegender psychosozialer Belastungssituation, einer Schmerzverarbeitungsstörung beschreibend zuzuordnen. Eine Komorbidität liege aus psychiatrischer Sicht nicht vor. Aufgrund der Indikatorenprüfung und der „Inkonsistenzprüfung“ könne durch die Schmerzverarbeitungsstörung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Körperlich mittelschwere, schwere und nicht-adaptierte Arbeiten seien bleibend nicht zumutbar. Diese Einschätzung könne arbiträr seit Dezember 2015 in diesem Masse bestätigt werden (S. 19 Ziff. 6).

**3.1.10** Im Bericht vom 11. August 2017 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 5) teilte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ mit, er behandle die Versicherte seit dem 6. November 2015. Sie leide an psychosomatischen Störungen und erheblichen Dorsolumbalgien. Er behandle sie als Psychiater, um ihr bei ihren Ängsten zu helfen. Zudem gebe er ihr Medikamente ab.

**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).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund 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 Beweiswürdigung 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 stellte in der Verfügung vom 2. Mai 2017 (AB 45) im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 7. Februar 2017 (AB 43.1) ab. Danach ist die Beschwerdeführerin für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeit uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig. Körperliche mittelschwere und schwere nicht-adaptierte Arbeiten sind bleibend nicht mehr zumutbar. Das Zumutbarkeitsprinzip gilt seit Dezember 2015 (S. 19 Ziff. 6). Das bidisziplinäre Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (E. 3.2 hiervor). Die Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Un-

tersuchung und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis aller Vorakten und würdigen die ihnen zur Verfügung stehenden Informationen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Die dagegen von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwände sowie die übrigen medizinischen Berichte vermögen – wie nachfolgend gezeigt – den Be-wiswert dieses Gutachtens nicht zu schmälern. In der Folge ist darauf ab-zustellen.

Der psychiatrische Gutachten der MEDAS nahm zu den sonstigen ärztlichen Berichten aus psychiatrischer Sicht Stellung. Er führte nachvollziehbar aus, dass die Beschwerdeführerin weder ängstlich noch depressiv ist. Sie leidet unter dem „betrügerischen“ Verhalten ihres Ehemannes, ist enttäuscht und hegt einen grossen Groll gegenüber diesem. Sie leidet aber nicht unter depressiven Symptomen; auch nicht unter Ängsten, zumal sie sich in ihrer Wohnung wohl fühlt und sich auch ohne weiteres ausserhalb der Wohnung frei bewegen kann. Es können weder eine depressive Störung noch eine Angststörung diagnostiziert werden. Einzig kann festgehalten werden, dass die geklagten somatischen Beschwerden geringgradig psychisch überlagert sind (AB 43.1 S. 8 Ziff. 3.7). Damit vermögen die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (AB 16, 32/6, BB 5) sowie des Hausarztes Dr. med. E. \_\_\_\_\_ (AB 14, 32/2) nichts an den Schlussfolgerungen des psychiatrischen Gutachters der MEDAS zu ändern, nicht zuletzt auch, da sie sich nicht zur Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit äussern. Aber auch die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen kein Abweichen von der Beurteilung der MEDAS zu begründen. So ist die von ihr empfundene Unfähigkeit zu arbeiten (vgl. u.a. AB 43.1 S. 8 Ziff. 3.6) aus psychiatrischer Sicht nicht begründet und entspricht ihrer subjektiven Wahrnehmung, auf die nicht abzustellen ist, zumal der psychiatrischer Gutachter der MEDAS nachvollziehbar darauf hinweist, dass die subjektive Krankheitsüberzeugung keinen Krankheitswert hat (S. 10 f. Ziff. 3.10.3 f.). So führt dieser diesbezüglich richtigerweise aus, dass die subjektive Krankheitsüberzeugung, überhaupt nicht mehr arbeiten zu können, nicht massgebend ist, da die Beschwerdeführerin selbstständig den Haushalt versorgt, täglich mehrere Spaziergänge unter-

nimmt und soziale Kontakte pflegt. (S. 10 Ziff. 3.10.4). Mangels relevanter psychiatrischer Einschränkung kann vorliegend auf eine Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 – der gemäss BGE 143 V 418 grundsätzlich sämtliche psychische Erkrankungen zu unterziehen sind – verzichtet werden (BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417).

Der orthopädische Gutachter der MEDAS nahm zu den vorliegenden ärztlichen Berichten der behandelnden Ärzte aus somatischer Sicht Stellung. Er legte dar, dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 9. November 2016 (AB 43.2/2) zwar eine Reizsymptomatik des N. ulnaris am Sulcus des rechten Ellbogens und ein leichtgradiges sensibles Karpaltunnelsyndrom rechts festgestellt hat, jedoch keine Hinweise für eine relevante radikuläre zervikale Ausfallsymptomatik finden konnte. Diese Einschätzung – so der orthopädische Gutachter der MEDAS – deckt sich mit den anlässlich der Begutachtung erhobenen klinischen Befunden, namentlich in Bezug auf die Neuropathie des N. ulnaris im Sulcus am rechten Ellbogen. Das Karpaltunnelsyndrom rechts ist laut dem Experten klinisch wahrscheinlich von untergeordneter Bedeutung, wohingegen die Gutachter der MEDAS davon ausgehen, dass zumindest intermittierend eine Kompromittierung der Nervenwurzel C6 vorkommt (AB 43.1 S. 17 Ziff. 4.7). Bezüglich der von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vorgeschlagenen operativen Sanierung, lässt sich – so der orthopädische Experte – zumindest für die Beschwerden im rechten Arm diese Einschätzung in Anbetracht des aktuellen neurologischen Befundes wahrscheinlich nicht mehr aufrechterhalten. Er stimmt jedoch mit Dr. med. D. \_\_\_\_\_ darin überein, dass die lokale Symptomatik im Bereich von Nacken und interskapular mit den Veränderungen im genannten Segment zusammenhängen. Entsprechend erscheint die vorgeschlagene operative Intervention grundsätzlich vertretbar. In jedem Fall käme bei einer Intervention auf Höhe HWK5/6 ausschliesslich eine Spondylodese und nicht die erneute Implantation einer Prothese in Frage, die im darunter liegenden Segment mittlerweile kaum mehr eine Bewegungsfunktion ermöglicht (S. 17 Ziff. 4.7). Obwohl gewisse Kompromittierungen festgestellt werden konnten, führte der orthopädische Gutachter die Schmerzen vor allem auf psychosoziale Belastungen zurück (AB 43.1 S. 14 ff. Ziff. 4.4) und erstellte ein Zumutbarkeitsprofil, innerhalb dessen die Beschwerdeführerin zu 100% leistungsfähig ist (S. 16 Ziff. 4.5). Insgesamt vermögen die ärztlichen Be-

richte in Bezug auf die somatischen Einschränkungen keine Zweifel an der im Gutachten der MEDAS postulierten vollständigen Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit zu begründen, zumal ihnen keine Angaben bezüglich Arbeits- und/oder Leistungsfähigkeit zu entnehmen sind.

**3.4** Aufgrund des Dargelegten ist erstellt, dass der Beschwerdeführerin körperlich schwere, mittelschwere und nicht-adaptierte Tätigkeiten bleibend nicht mehr zumutbar sind. Für körperlich leichte, angepasste Arbeiten besteht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (AB 43.1 S. 19 Ziff. 6). Gestützt auf diese Schlussfolgerung sowie den Umstand, dass sie den Haushalt selbst führt (S. 6 Ziff. 3.1.2), ist vorliegend nicht massgebend, in welchem Umfang sie als Erwerbstätige bzw. als im Haushalt tätig eingestuft würde. Selbst wenn sie zu 100% als Erwerbstätige qualifiziert würde, erübrigt sich vorliegend eine ziffermässig genaue Berechnung des Invaliditätsgrades. Denn unter Berücksichtigung der im Individuellen Konto ersichtlichen sporadisch erzielten tiefen Einkommen von maximal Fr. 7'129.-- (AB 8) ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit offensichtlich ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen erzielen könnte. Daher ist die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2017 (AB 45) rechters und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### **4.**

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

Da die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren bekanntgab (vgl. Eingabe vom 24. Juli 2017 [in den Prozessakten]), die Hilfe ihrer Tochter einer anwaltlichen Vertretung vorzuziehen, beschränkt sich das gestellte Gesuch

um unentgeltliche Rechtspflege allein auf die Prozesskosten. Somit ist kein anwaltlicher Anwalt beizuordnen. Da die gestellten Rechtsbegehren nicht als aussichtslos zu betrachten sind und die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin durch die Akten erstellt ist (Sozialhilfebudget vom 26. Juni 2017 [in den Prozessakten]), sind die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtspflege betreffend Verfahrenskosten vorliegend erfüllt; das Gesuch ist gutzuheissen.

**4.2** 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

**4.3** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird hinsichtlich der Verfahrenskosten gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen

Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Zu eröffnen (R):

- A. \_\_\_\_\_
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334,  
3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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