

200 17 624 IV
SCJ/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. Januar 2018

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Mai 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre berufliche Tätigkeit bei der C._____ unfallversichert, als sie sich gemäss Schadenmeldung am 2. Februar 2009 bei einem Sturz vom Bürostuhl eine Prellung am rechten Oberarm zuzog (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin {act. II} 6.50]). Die C._____ anerkannte ihre Leistungspflicht und kam für die Folgen der Arbeitsunfähigkeit und Heilbehandlung auf. Insbesondere gestützt auf die orthopädisch-handchirurgischen Gutachten der Dres. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und E._____, Facharzt für Chirurgie, vom 12. März 2014 (act. II 33.5) und 9. Mai 2014 (act. II 33.4) stellte die C._____ mit Verfügung vom 17. September 2014 (act. II 34) die Taggeldleistungen per 30. November 2010 ein und lehnte eine Übernahme der Heilungskosten nach dem 31. Dezember 2011 ab, was sie mit Einspracheentscheid vom 5. Januar 2015 (act. II 37.2) bestätigte. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 10. Dezember 2015, UV/2015/143, ab. Auf eine hiergegen erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 23. Februar 2016, 8C_29/2016) nicht ein. Die Versicherte liess am 26. Oktober 2017 bezüglich VGE UV/2015/143 beim Verwaltungsgericht ein Revisionsgesuch stellen. Dieses trat mit Urteil vom 6. November 2017, UV/2017/947, auf das Revisionsgesuch nicht ein.

B.

Bereits am 15. Dezember 2010 (act. II 3) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf seit dem Unfall vom 2. Februar 2009 bestehende Beschwerden der rechten Hand, des rechten Armes und der rechten Schulter bei der IVB zum Leistungsbezug an. Diese zog die Akten der C._____ bei und tätigte berufliche und medizinische Abklärungen. Gestützt auf den Aktenbe-

richt von Dr. med. F. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 10. Juni 2015 (act. II 42) holte die IVB bei Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten vom 27. Oktober 2016 (act. II 56.1) ein. Mit Vorbescheid vom 7. November 2016 (act. II 57) stellte sie der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Nach hiergegen erhobenen Einwänden (act. II 58, 66) holte die IVB bei Dr. med. F. _____ eine Aktenbeurteilung vom 15. März 2017 (act. II 73) ein und verfügte am 24. Mai 2017 (act. II 74) dem Vorbescheid entsprechend.

C.

Mit Eingabe vom 30. Juni 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, hiergegen Beschwerde. Sie beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ein polydisziplinäres aktuelles orthopädisches, neurologisches, psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben. Eventualiter seien ihr berufliche Massnahmen sowie eine Rente zuzusprechen. Der Beschwerde beigelegt waren u.a. diverse medizinische Unterlagen (vgl. Akten der Beschwerdeführerin [act. I]). Am 1. Juli 2017 liess die Versicherte ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege einreichen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 16. August 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest. Die Beschwerdeführerin reichte mit Replik vom 14. September 2017 und Eingabe vom 5. Oktober 2017 u.a. weitere medizinische Unterlagen ein (act. I sowie Akten der Beschwerdeführerin [act. IB]).

Mit prozessleitender Verfügung vom 15. September 2017 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut.

Am 22. November 2017 reichte die Beschwerdeführerin Schlussbemerkungen ein.

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 Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 24. Mai 2017 (act. II 74). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

2.3 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. _____ führte im Gutachten vom 12. März 2014 (act. II 33.5) hinsichtlich der rechten Schulter aus, als einziger pathologischer Befund zeige sich eine AC-Gelenk-Arthrose, welche klinisch nicht schmerzhaft sei. Im Übrigen könnten keinerlei fassbare, strukturelle Veränderungen nachgewiesen werden. Auch funktionell bestünden keine beschwerdeverursachenden Probleme. Im Ellbogen rechts bestehe eine deutliche Schmerzhaftigkeit, Berührungsempfindlichkeit und Druckdolenz über dem ulnaren Epicondylus und den angrenzenden Weichteilen. Korrespondierende strukturelle Veränderungen könnten in der Bildgebung nicht nachgewiesen werden. Posttraumatische Schäden, welche durch das Unfallereignis vom 2. Februar 2009 erklärbar wären, seien seines Erachtens nicht vorhanden (S. 6). Die aufgeführten Diagnosen (Insertionstendinose am Epicondylus humeri ulnaris rechts ohne strukturelle Veränderungen; asymptomatische AC-Gelenk-Arthrose; linkskonvexe, skoliotische Fehllaltung der BWS und eingeschränkter scapulothorakaler Rhythmus rechts) würden auf unfallfremde Pathologien zurückgehen. Eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen als auch in einer ähnlichen Tätigkeit sei aus somatischer Sicht heute und auch schon per 31. Dezember 2011 zumutbar (S. 7).

Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Gutachten vom 9. Mai 2014 (act. II 33.4) aus handchirurgischer Sicht eine leichte Pisotriquetralarthrose rechts, Sattelgelenksschmerzen rechts ohne Nachweis einer Arthrose sowie einen MRT-Nachweis eines dorsalen Handgelenksganglions rechts, ohne klinische Relevanz (S. 14 Ziff. 4). Er hielt fest, anlässlich seiner Untersuchungen habe er keine schwerwiegende strukturelle Läsion finden können, die als Unfallfolge eingestuft werden könnte (S. 15 Ziff. 5). Die Versicherte sei heute, wie auch schon per 31. Dezember 2011, in ihrer Tätigkeit als ... zumindest für leichte bis mittelschwere Belastungen zu 100% arbeitsfähig. Dasselbe gelte auch für andere Berufe mit leichter bis mittelschwerer Belastung (S. 16 Ziff. 6).

3.1.2 Dr. med. F. _____ diagnostizierte im Aktenbericht vom 10. Juni 2015 (act. II 42) chronische Schmerzen in der rechten Hand und dem rechten Arm bei einer Rechtshänderin nach einem Bagatellunfallereignis. Gemäss den Unterlagen der C. _____ lägen keine signifikanten organischen Läsionen mehr vor, bzw. hätten nach dem Unfall nie welche bestanden. Die Gutachten der Dres. med. D. _____ und E. _____ würden dies nur indirekt sagen. Sie hielten fest, dass die Versicherte seit Ende 2010 zu 100% arbeiten könne. Angesichts des Umstandes, dass die C. _____ fast zwei Jahre lang Leistungen erbracht habe, könne nicht gesagt werden, dass es nie Läsionen gegeben habe. Abgesehen von Schmerzen habe man jedoch keine Läsionen gefunden, welche in einem klaren Zusammenhang zum Unfall gestanden hätten. Es beständen von Anfang an Diskrepanzen zwischen den beschriebenen Beschwerden und dem Unfallmechanismus sowie zwischen der Intensität der Beschwerden und der ärztlichen Erstkonsultation vier Tage nach dem Unfall. In der Folge habe sich der Fokus der Beschwerden und der medizinischen Versorgung der Hände (Zittern) aufs Handgelenk (Knochen) und dann auf die Schulter verlagert. Es habe zwar ein Unfall stattgefunden, aber es sei nicht zu einer organischen Läsion gekommen. Somit könnten die geklagten Schmerzen keinem organischen Korrelat zugeordnet werden. Dr. med. F. _____ empfahl die Durchführung einer psychiatrische Begutachtung (S. 5). Der Versicherten seien leichte Tätigkeiten zu 100% zuzumuten (S. 6).

3.1.3 Dr. med. G. _____ stellte im psychiatrischen Gutachten vom 27. Oktober 2016 (act. II 56.1) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19 Ziff. 4.1.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine leichte Form einer somatoformen Schmerzstörung (Ziff. 4.1.2). Die Versicherte sei zu 100% und ohne Leistungseinschränkung arbeitsfähig (S. 31 Ziff. 1.2).

3.1.4 Dr. med. F. _____ führte im Aktenbericht vom 15. März 2017 (act. II 73) aus, seit 2010 habe sich anatomisch nichts geändert und die Ansicht der Versicherten, sie sei zu 100% arbeitsunfähig, habe sich auch nicht geändert (S. 4). Die Gutachten der Dres. med. D. _____ und E. _____ würden bestätigen, was in den späteren Berichten beschrieben werde: Es liege keine wesentliche Pathologie vor, aber geklagte Be-

schwerden an verschiedenen Stellen. Wenn die objektiven Tatsachen übernommen und die Regeln der Versicherungsmedizin zu den chronischen Schmerzen respektiert würden, müsse angenommen werden, dass die Funktionsfähigkeit immer gut gewesen sei und es zu keinem Zeitpunkt eine objektive Grundlage für eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um mehr als 20% gegeben habe. Weder die MRI's noch die subjektiven Beschwerden würden eine massgebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen. Obwohl man einige degenerative Zeichen wie die partielle Ruptur der Supraspinatussehne, eine kleine beginnende Arthrose, eine mögliche AC-Arthrose sowie ein mögliches AC-Impingement finden würde, sei die Funktion der Schulter, des Ellbogens und der Hand wiederholend gut. Die degenerativen Zeichen hätten daher keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5). Die minimalen pathologischen Befunde könnten die Beschwerden nicht erklären. Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt (S. 6).

3.1.5 Dr. med. H._____, Facharzt für Chirurgie, hielt im Bericht vom 13. April 2017 (act. I 4) fest, die Versicherte verspüre nach wie vor starke Schulter-, Ellenbogen- und Handschmerzen. In der Zwischenzeit seien auch umliegende Regionen sowie Nacken, Hals, Scapula beidseits und Rücken betroffen. Betreffend Schulter könne eine Fehlhaltung festgestellt werden. Die rechte Schulter hänge tiefer als die linke, was für eine Intervallläsion sprechen könnte. Bei den aktiven Bewegungen verspüre die Versicherte eine Schmerzhaftigkeit und ein intraartikuläres Knacken, welches schmerzhaft sei. Sie könne die Bewegungen wohl ausführen, aber nur unter Schmerzen. Weiter seien die durchgeführten Tests positiv und die Kraft im Bereiche aller Muskeln des rechten Schultergelenks abgeschwächt gegenüber links. In dieser Situation scheine eine Kontroll-Arthro-MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenkes indiziert (S. 2).

Im Bericht vom 20. Juni 2017 (act. I 5) führte Dr. med. H._____ aus, die Schmerzhaftigkeit des linken (recte: rechten) Schultergelenkes sei sicher geklärt, da die Versicherte ein hochgradiges Impingementsyndrom bei Acromion Bigliani Typ III zeige. Das anterolaterale Acromion stelle die Rotatorenmanschette darunter unter grossen Druck und delle die Manschette ein. Genau in dieser Zone sei auch das tiefe Blatt der Supraspinatussehne

partiell verletzt. Gleichzeitig liege eine Instabilität der langen Bicepssehne durch sehr wahrscheinliches Fehlen des Bicepssehnen-Pulleys und eine SLAP-II-Läsion sowie eine AC-Gelenksarthrose vor. Durch Bewegen des Armes werde die angeschwollene kontusionierte Sehne unter dem Dach durchgezwängt und weiter komprimiert, sodass dort eine chronische Entzündung und auch Partialläsion entstehen könne (S. 1).

Dr. med. H._____ führte in einer weiteren Stellungnahme vom 20. Juni 2017 (act. I 6) aus, das 2017 erstellte MRI zeige die selben Veränderungen wie jenes von 2011, nämlich eine ausgeprägte SLAP-Läsion Typ II und starke Unregelmässigkeiten der proximalen Bicepssehne im Bereich des Biceps-sehnenankers. Gleichzeitig bestehe ein veranlagungsbedingt sehr tiefstehendes Acromion Bigliani Typ III und v.a. die Rotatorenmanschetten-unterflächenläsion. Auch sei die AC-Gelenksarthrose seit dem Jahre 2011 progredient.

Mit E-Mail vom 26. Juni 2017 (act. I 7) teilte Dr. med. H._____ der Rechtsvertreterin der Versicherten mit, er sei der Meinung, dass die Versicherte zu 50% arbeitsunfähig sei.

3.1.6 Prof. Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie, stellte im Bericht vom 29. Juni 2017 (act. I 21) fest, es bestehe ein Cervikalsyndrom sowie eine Kettentendinose am rechten Arm ulnar bei Status nach zweimaliger Distorsion und Kontusion 2009. Die Bewegungsstörung mit Dystonie und Tremor sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr vorhanden und es seien keine neurologischen Ausfälle feststellbar. Die Schulterschmerzen könnten durchaus Ausdruck einer Kapselläsion sein, was schulterorthopädisch beurteilt werden müsse. Im jetzigen Zeitpunkt kämen keine offensichtlichen neurologischen Spätfolgen des Unfalls zur Darstellung. Offen blieben diesbezüglich die orthopädischen Probleme. Die Versicherte sei in ihren Tätigkeiten durch die belastungsabhängigen Armschmerzen und das Cervikalsyndrom eingeschränkt. Letzteres sollte aber einer Behandlung zugänglich sein, was eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben könnte (S. 2).

3.1.7 Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom

13. August 2017 (act. I 18) ein zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechtsbetont bei mediolateraler Diskushernie C6/7 mit Angiom des Myelons und möglicher Affektion der Wurzel C7 rechtsseitig bei klinisch durchaus möglicher C7-Reizsymptomatik rechtsseitig, breitbasige mediane Diskusprotrusion C4/5 und eine bekannte Schulterproblematik rechtsseitig offenbar mit Impingement-Symptomatik und artikulärer Instabilität rechtsseitig. Weiter stellte er den Verdacht auf eine Karpaltunnelsymptomatik rechtsseitig. Die Versicherte habe eine bisegmentale Degeneration der Halswirbelsäule im Segment C4/5 und C6/7. Es zeige sich vor allem eine mediolateral rechtsseitige Diskushernie C6/7, welche für diese doch wahrscheinliche C7-Reizung rechtsseitig mitverantwortlich sein könnte (S. 2)

Dr. med. J. _____ führte in der E-Mail vom 25. September 2017 (act. IB 3) an die Rechtsvertreterin der Versicherten aus, das zervicobrachiale Schmerzsyndrom (Diskushernie C6/7) und die breitbasige mediane Diskusprotrusion C4/5 hätten sicherlich Einfluss auf das Zumutbarkeitsprofil bzw. die Arbeitsunfähigkeit. Bei konsequenter Therapie, allenfalls interventionelle Schmerztherapie, könne eine Arbeitsfähigkeit von 50% mit beschränkter Belastbarkeit diskutiert werden. Dabei seien leichte körperliche Arbeiten mit Wechselbelastung ein Muss.

3.1.8 Im Bericht der Klinik K. _____ vom 25. September 2017 (act. IB 5) wurde ausgeführt, es liege sicher eine chronifizierte Schmerzproblematik nach Sturz am 2. Februar 2009 vor. Anlässlich der Konsultation vom 20. September 2017 habe vor allem eine Epicondylopathia humeri medialis sowie ein palpables Weichteilplus am ventralen Ellenbogen imponiert, welches durchaus auch eine Kompromittierung des N. medianus begründen könnte. Des Weiteren liege eine Problematik im Pisotriquetralgelenk vor. Nach Erhalt der MRI-Bilder des Ellenbogens von 2017 würde bezüglich Epicondylopathia resp. einer möglichen neurokompromittierenden Raumforderung eine Beurteilung folgen (S. 3).

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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismündigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung vom 24. Mai 2017 (act. II 74) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die im Nachgang zur Einholung des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. G._____ vom 27. Oktober 2016 (act. II 56.1) ergangene und unter Berücksichtigung der im Vorbescheidverfahren geäusserten Einwendungen erfolgte Aktenbeurteilung der RAD-Allgemeinärztin Dr. med. F._____ vom 15. März 2017 (act. II 73). Diese untersuchte die Beschwerdeführerin nicht persönlich, sondern verfasste ihre Stellungnahme einzig aufgrund der Akten. Wie nachfolgend dargelegt, bestehen vorliegend zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit dieser Aktenbeurteilung, weshalb sie zur Beurteilung des Leistungsgesuchs nicht geeignet ist.

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 24. Mai 2017 lagen der Beschwerdegegnerin bzw. Dr. med. F._____ keine aktuellen Berichte über den somatischen Zustand der Beschwerdeführerin vor. Der letzte ihr

vorliegende Bericht des Hausarztes Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, datiert vom 19. Juni 2014 (act. II 32), d.h. liegt fast drei Jahre zurück. Darin attestierte dieser bis auf Weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 Ziff. 5). Neuere Berichte behandelnder Ärzte lagen der Beschwerdegegnerin bis zum Verfügungserlass nicht vor, was die Beschwerdeführerin im Einwand vom 16. Januar 2017 (act. II 66) zum Vorbescheid auch ausdrücklich bemängelte (S. 3). Damit kann entgegen dem Vorbringen der Beschwerdegegnerin (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 8) nicht von einer vollständigen Befundlage, auf welche sich Dr. med. F._____ hätte stützen können, ausgegangen werden. In ihrer Aktenbeurteilung vom 15. März 2017 setzte sich die RAD-Ärztin zwar ausführlich mit den vorliegenden Akten auseinander. Nichts desto trotz bleibt jedoch der Mangel einer aktuellen umfassenden Beurteilung aus somatischer Sicht bestehen. Dazu kommt, dass Dr. med. F._____ die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht hat, was – auch wegen fehlender echtzeitlicher ärztlicher Berichte – den Beweiswert ihrer Einschätzung zusätzlich schmälert.

Zu den im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Berichten, welche rechtsprechungsgemäss (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4) berücksichtigt werden können, soweit sie Rückschlüsse auf den Sachverhalt im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung erlauben, hat sich Dr. med. F._____ nicht äussern können, wurden sie ihr doch nicht unterbreitet. Insbesondere die Berichte bzw. die E-Mail des Chirurgen Dr. med. H._____ (act. I 4-7) enthalten gestützt auf eine Arthro-MRI-Kontrolluntersuchung eine Beschreibung der aktuellen Schädigungen im Bereich des rechten Schultergelenkes. Indessen äussert sich Dr. med. H._____ nicht bzw. nur rudimentär zur Arbeitsfähigkeit, weshalb auf seine Berichte nicht abschliessend abgestellt werden kann. Sodann enthält der Bericht von Dr. med. J._____ vom 13. August 2017 Hinweise auf eine gesundheitliche Problematik im Bereiche der Halswirbelsäule und derjenige der K._____ vom 25. September 2017 auf eine solche im Bereich der rechten Seite. Auch wenn beide Berichte eher unbestimmt bleiben und sie sich nicht bzw. nur vage zur Arbeitsfähigkeit äussern, ergibt sich diesbezüglich doch Abklärungsbedarf.

Es liegen umfangreiche Vorakten der C._____ – insbesondere ein schulterorthopädisches und ein handchirurgisches Gutachten, beide aus dem Jahre 2014 – vor. Diesen wurde in VGE UV/2015/143 voller Beweiswert zuerkannt. Auf diese Unterlagen kann jedoch vorliegend zufolge der inzwischen verstrichenen Zeit die finale Invalidenversicherung betreffend nicht mehr abgestellt werden. In der Zwischenzeit ist den Akten zu entnehmen, dass sich die Situation an der rechten Schulter verändert haben könnte. So stellte Dr. med. D._____ im Gutachten vom 12. März 2014 (act. II 33.5) bezüglich der rechten Schulter noch schmerzfreie Impingementtests und Bizepssehnenmanöver sowie eine seitengleiche Kraftentwicklung und ein indolentes AC-Gelenk fest (S. 5). Demgegenüber hielt Dr. med. H._____ im Bericht vom 13. April 2017 (act. I 4) u.a. eine ungleiche Kraftentwicklung, Schmerzen bei den Tests sowie im AC-Gelenk fest (S. 2).

Die psychische Seite des Gesundheitsschadens ist mit dem Gutachten von Dr. med. G._____ umfassend abgeklärt, was von der Beschwerdeführerin nicht bestritten wird. Indessen reicht diese schlüssige Beurteilung nicht aus, um den Leistungsanspruch abschliessend zu beurteilen, weil Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht bloss psychisch bedingt sind, sondern möglicherweise zumindest teilweise durch objektivierbare somatische Befunde erklärt werden können. Auf diese fehlende Interdisziplinarität wies denn die Beschwerdeführerin in der Replik (S. 3) zu Recht hin.

Damit ist vorliegend von einem ungenügend abgeklärten medizinischen Sachverhalt auszugehen. Weil bislang bloss eine versicherungsinterne medizinische Beurteilung vorliegt, ist kein gerichtliches Gutachten anzuordnen, sondern die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine – wie von der Beschwerdeführerin ausdrücklich beantragt – polydisziplinäre Begutachtung veranlasst.

3.4 Aufgrund des Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 24. Mai 2017 (act. II 74) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.

4.

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

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

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

Mit Kostennote vom 22. November 2017 macht Rechtsanwältin B._____ ein Honorar von Fr. 2'914.40 (12.6 Stunden à Fr. 250.-- zuzü-glich Auslagen von Fr. 114.40) geltend. Der Arbeitsaufwand inkl. Stunden-ansatz sowie die in Rechnung gestellten Auslagen sind nicht zu beanstan-den. Bei der Berechnung des Gesamthonorars ist Rechtsanwältin B._____ jedoch offensichtlich ein Rechnungsfehler unterlaufen. Bei 12.6 Stunden à Fr. 250.-- sowie Fr. 114.40 an Auslagen resultiert ein Ge-samthonorar von Fr. 3'264.40 ([12.6 Stunden x Fr. 250.--] + Fr. 114.40). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

4.3 Bei diesem Verfahrensausgang kommt die mit Verfügung vom 15. September 2017 gewährte unentgeltliche Rechtspflege nicht zum Tragen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 24. Mai 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'264.40 (inkl. Auslagen), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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