

200 17 773 IV  
KNB/FRN/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 23. Februar 2018**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Matti  
Gerichtsschreiberin Franzen

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_, Rechtsdienst, Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Juli 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1960 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 10. November 1993 erstmals infolge Krankheit bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1.1 S. 143 ff.). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Mit Verfügung vom 21. Juli 1994 wies sie das Rentenbegehren ab (act. II 1.1 S. 48). Diese Verfügung wurde mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 13. Januar 1995 (VGE IV 41154; act. II 1.1 S. 15 ff.) sowie mit Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute Bundesgericht) vom 8. Juni 1995 (act. II 1.1 S. 2 ff.) bestätigt.

### **B.**

Am 27. Februar 2007 meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 4). Die IVB nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere holte sie ein polydisziplinäres Gutachten (internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch sowie neurologisch) bei der MEDAS D. \_\_\_\_\_ GmbH (MEDAS D. \_\_\_\_\_) ein (Gutachten vom 5. Dezember 2007 der MEDAS D. \_\_\_\_\_; act. II 16). Mit Verfügung vom 4. November 2008 (act. II 30) wies sie das Leistungsbegehren in Anwendung der gemischten Methode (82% Erwerb, 18% Haushalt) bei einem IV-Grad von 25% ab. Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Entscheid vom 5. März 2009 (VGE IV 70116; act. II 34) ab. Das danach angerufene Bundesgericht wies die Beschwerde ebenfalls ab (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 10. Juli 2009, 9C\_360/2009; act. II 39).

**C.**

Am 7. August 2013 meldete sich die Versicherte insbesondere unter Hinweis auf eine Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 43). Die IVB führte medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Insbesondere holte sie ein polydisziplinäres Gutachten (internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch sowie pneumologisch) beim Spital F.\_\_\_\_\_ ein (Gutachten vom 12. Oktober 2015 der MEDAS E.\_\_\_\_\_; Akten der IV [act. IIA] 86.1 bis 86.5 sowie ergänzend 96). Nach Einholung einer Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. IIA 90 und 100) wies die IVB das Rentenbegehren nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. IIA 101; 105) mit Verfügung vom 7. Juli 2017 (act. IIA 107) ab.

**D.**

Mit Eingabe vom 7. September 2017 erhob die Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_, hiergegen Beschwerde. Sie beantragt, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei eine Invalidenrente zuzusprechen. Weiter sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung des Unterzeichnenden zu gewähren.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

**Erwägungen:**

**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** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 7. Juli 2017 (act. IIA 107). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-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).

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

ATSG). 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).

**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 IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.4** Um den IV-Grad 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).

**2.5** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen IV-Grades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität 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]).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der IV-Grad seit Erlass der früheren rechtskräftigen

Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

### **3.**

**3.1** Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 4. November 2008 (act. II 30) und der hier angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2017 (act. IIA 107) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiervor).

**3.2** In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 4. November 2008 (act. II 30) auf das Gutachten der MEDAS D. \_\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2007 (act. II 16). Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17):

1. Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1)
2. Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)
  - phobischer bzw. funktioneller Schwindel (ICD-10 F45.8)
3. Zervikalsyndrom mit vorwiegend tendomyogen bedingten Nacken- und Schulterschmerzen links (ICD-10 M54.2)
4. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel (ICD-10 H81.2)

5. Lumbovertebralsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5)

Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, es bestehe für jede körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, adaptierte Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70%. Diese könne vollschichtig umgesetzt werden. Die Arbeitsunfähigkeit erachteten die Gutachter als durch die leichte bis mittelgradige depressive Episode bedingt. Die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer und die geringe Einschränkung aus neurologischer Sicht (Schwindel) könnten nicht kumuliert werden, da dieselben Zeitabschnitte für die vermehrt notwendigen Erholungspausen und langsamere Arbeitsweise genutzt werden könnten (S. 18). Die Diagnosen und das Zumutbarkeitsprofil wurden vom Verwaltungsgericht des Kantons Bern (VGE IV 70116 E. 3.3.2 und 3.4 f.; act. II 34 S. 10 ff.) und vom Bundesgericht bestätigt (BGer 9C\_360/2009 E. 4; act. II 39 S. 4).

**3.3** Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2017 (act. IIA 107) liegen insbesondere folgende Berichte und Gutachten zugrunde:

**3.3.1** Die Beschwerdeführerin war vom 11. April bis am 5. Mai 2011 im Spital G.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 17. Mai 2011 (act. II 59 S. 5 ff.) diagnostizierten die Ärzte insbesondere eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit chronischen Schmerzen panvertebral und im Beckenbereich, spezifische Phobien sowie eine rezidivierend depressive Störung, aktuell leicht bis mittelgradig. Aus psychosomatischer Sicht habe die Beschwerdeführerin das Bild einer schweren somatoformen Schmerzstörung gezeigt. Im Vordergrund sei allerdings eine ausgeprägte Angstsymptomatik mit Vermeidungsverhalten vor dem Hintergrund eines schweren Partnerschaftskonfliktes gestanden. Der Lebenspartner, der noch 100% berufstätig sei, habe mehrfach gedroht, dass ein Zusammenleben unter den aktuellen Umständen nicht mehr möglich sei (S. 6).

**3.3.2** Die Beschwerdeführerin war vom 9. Januar bis am 13. Februar 2013 in der Klinik H.\_\_\_\_\_ in stationärer Behandlung. Im Bericht vom 6. März 2013 (act. II 69 S. 17 ff.) diagnostizierten die Ärzte eine schwere Depression mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Die Beschwerdeführerin sei bei Zu-

standsverschlechterung und Progredienz der psychosomatischen Problematik und der Depression mit neu aufgetretenen psychotischen Zügen und Suizidandrohungen zugewiesen worden (S. 17). Während der Hospitalisation habe sie sich stets klagend und eingeengt auf Rückenschmerzen und Taubheitsgefühle gezeigt. Sie habe ihre Beschwerden als Gefühl, die Wirbelsäule würde zerbrechen oder sich wie Gummi anfühlen, geschildert (S. 18). In der Nacht auf den 13. Februar 2013 sei sie in einem deliranten Zustand aufgefunden worden mit optischen Halluzinationen und vegetativer Symptomatik. Klinisch habe sich ein Verdacht auf einen Lungenprozess ergeben. Sie sei deshalb ins Spital G.\_\_\_\_\_ verlegt worden (S. 19).

**3.3.3** Im Austrittsbericht des Spitals G.\_\_\_\_\_ vom 15. Februar 2013 (act. II 59 S. 2 ff.) diagnostizierten die Ärzte insbesondere eine Sepsis bei bilateraler linksbetonter Pneumonie (S. 2). Nach Übernahme auf die Intensivstation sei es trotz nicht invasiver Beatmung rasch zu einer respiratorischen Erschöpfung gekommen, so dass die Beschwerdeführerin habe intubiert werden müssen. Bildgebend hatte sich bereits im Röntgenthorax eine konfluierende Transparenzminderung beider Lungen links mehr als rechts gezeigt. Im CT hätten sich am folgenden Tag eine Lobärpneumonie des linken Unterlappens sowie bilaterale bronchiopneumonische Infiltrate im Ober- und Unterlappen mit reaktiver hilärer und mediastinaler Lymphadenopathie, minimalen Pleuraergüssen beidseits nachweisen lassen. Die Entzündungswerte seien am 15. Februar 2013 langsam regredient gewesen. Zur weiteren Behandlung sei die Beschwerdeführerin wohnortnah nach ... verlegt worden (S. 3).

**3.3.4** Im Bericht vom 28. August 2013 (act. II 48) führte der Hausarzt, Dr. med. I.\_\_\_\_\_, aus, die Beschwerdeführerin sei seit 2008 zu 100% arbeitsunfähig und benötige mittlerweile auch im Alltag die Unterstützung von verschiedenen Organisationen wie Spitex, Benevol, Solodaris, Rot-Kreuz-Fahrdienst, Mahlzeitendienst und Nachbarbetreuung. Durch die soziale Phobie und Agoraphobie sei sie so eingeschränkt, dass sie nur in Begleitung kurze Strecken nach draussen gehen könne. In besseren Phasen könne sie selber mit Unterstützung einkaufen (S. 1). Auch die chronische Bronchitis verstärke die Leistungsschwäche, wodurch die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Auch die wechselnden Bauchbeschwerden führten zu

unregelmässigem Stuhlgang und Schmerzepisoden, wodurch eine regelmässige Arbeit verhindert werde. Schliesslich führe auch der Schwindel multifaktorieller Ätiologie zur Reduktion der Arbeitsfähigkeit (S. 2).

**3.3.5** Im Bericht vom 23. Mai 2014 (act. II 62) führte die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, seit der letzten Diagnosestellung habe sich eine Änderung ergeben. Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie eine rezidivierende depressive Störung unterschiedlichen Schweregrades (ICD-10 F33.1/F33.3), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) differentialdiagnostisch eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F61.0), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (passiv, abhängig, vermeidend; ICD-10 F61.0) sowie einen Status nach Pneumonie mit Sepsis bei chronischer Bronchitis und COPD 2013. Seit 2009 habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert mit mehrmaligen Hospitalisationen (S. 1). Aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei es auch zunehmend zu Konflikten und Schwierigkeiten in der Partnerschaft gekommen, so dass sich der Partner Ende 2011 von der Beschwerdeführerin getrennt habe. Dieses erneute Verlusterlebnis könne sie nur mit grosser Mühe und grosser Unterstützung bewältigen. Die Beschwerdeführerin sei auf ein verlässliches Umfeld angewiesen. Kleinste Veränderungen führten rasch zur Destabilisierung und zeigten die deutlich verminderte Anpassungsfähigkeit. Aufgrund des langjährigen, chronifizierten Verlaufs, der erheblichen Komorbidität, des sozialen Rückzugs, des verfestigten innerpsychischen – therapeutisch nicht mehr angehbaren – Verlaufs sowie der gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen sei ein positiver Behandlungsverlauf nicht mehr zu erwarten. Die Beschwerdeführerin sei auf tägliche Unterstützung angewiesen. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres (S. 2).

**3.3.6** Das polydisziplinäre Gutachten vom 12. Oktober 2015 der MEDAS E. \_\_\_\_\_ (act. IIA 86.1 bis 86.5) basiert auf internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen sowie pneumologischen Untersuchungen. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter insbesondere folgende Diagnosen (act. IIA 86.1 S. 39 f.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Ängstlich vermeidende, selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6)
2. Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig (ICD-10 F33.1)
3. Langjährige phobische Störung, nicht näher bezeichnet, mit Panikattacken (ICD-10 F40.91)
4. Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F45.9), mit Symptomen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und gemäss Akten Zeichen einer Somatisierungsstörung
5. Myotendinotisches zervikal- und lumbalbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2/M54.5)
6. Funktionelles Impingement beider Schultergelenke (ICD-10 M75.4)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Diabetes mellitus Typ 2 (ED Februar 2013)
2. Hyperthyreose, behandelt seit drei bis vier Jahren
3. Status nach Sepsis bei bilateraler linksbetonter Pneumonie im Februar 2013 mit passagerer Intubation bei respiratorischer Globalinsuffizienz
4. Myotendinotische Verspannungen der ischiocruralen Muskulatur linksbetont (ICD-10 M79.6)
5. Dringender Verdacht auf bilaterales Sulcus-Syndrom linksbetont (ICD-10 G56.2)

Im psychiatrischen Teilgutachten (act. IIA 86.3) führte Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, trotz langjähriger psychiatrischer Behandlung zeige die Beschwerdeführerin eine auffallend geringe Fähigkeit, von ihren Gefühlen und Gedanken und auch von ihren Zuständen und ihrem Leid zu berichten. Die Angaben seien schematisch und vor allem auf die Schmerzen und die Angst bezogen (S. 5). Es sei davon auszugehen, dass sie nach dem Tod des Ehemannes zwischen 2004 und 2006 eine erste schwere depressive Episode entwickelt habe. Die Bekanntschaft mit dem Lebenspartner ab 2006 habe zu einer gewissen psychischen Stabilisierung geführt, wobei die Beziehung durch die Angsterkrankung und die Schmerzstörung belastet gewesen und es zur Trennung 2011 gekommen sei. In den Jahren danach habe die Beschwerdeführerin erneut schwer dekompenziert. Spezifisch erfüllten ihre Beschwerden die Kriterien der ängstlich vermeidenden, selbstunsicheren Per-

sönlichkeitsstörung. Sie sei der Überzeugung, dass andere sie unattraktiv fänden, sie erlebe sich selbst als sozial unbeholfen. Erschwerend bei der Diagnosestellung sei, dass sie sowohl dies, als auch alle anderen typischen Merkmale dieser Persönlichkeitsstörung jeweils mit der neurotischen Auswirkung resp. Abwehr begründe. Diese starre Abwehr zeige sich im Auftreten der vorhandenen neurotischen Störungen, also einerseits die Angststörung und andererseits der somatoformen Störung. Da die strukturelle Störung der Persönlichkeit so schwer sei, sei die Selbstwahrnehmung stark beeinträchtigt, was wiederum die Befunderhebung erschwere. Ihr Lebensstil sei massiv eingeschränkt, da sie befürchte, dass ihr etwas zustossen könnte. Sie lasse sich nicht auf persönliche Kontakte ein, ausser sie sei sich sicher, dass sie gemocht werde. Aus psychodynamischer Sicht führe die Persönlichkeitsstörung zu einer starren psychischen Abwehr der dadurch bedingten Leiden (S. 7 f.). Des Weiteren bestehe eine rezidivierende depressive Störung unterschiedlichen Schweregrades. Gegenwärtig sei wohl von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. Die Anfälligkeit für diese rezidivierende depressive Störung sei ebenfalls durch die Persönlichkeitsstörung begründet. Mit zunehmendem Alter und einer Zunahme von Schicksalsschlägen, insbesondere dem Tod des Ehemannes und auch durch eine Zunahme von körperlichen Erkrankungen seien die auf Grund der Persönlichkeitsstörung ohnehin eingeschränkten Copingstrategien weiterhin vermindert (S. 9). Aufgrund der beschriebenen Persönlichkeitsstörung bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt (S. 10).

Im rheumatologischen Teilgutachten (act. IIA 86.4) führte Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, aus, im Vordergrund stehe die myotendinotisch verspannte Schultergürtelmuskulatur im Rahmen der muskulären Dysbalance und muskulären Dekonditionierung. Zudem bestehe eine massive Adipositas mit BMI von 44. Daraus resultierten ein funktionelles Impingement beider Schultergelenke mit Einschränkung der Abduktion beider Schultergelenke (S. 10). Das Vorliegen der myotendinotischen Verspannungen sei nicht sekundär auf relevante degenerative Veränderungen zu interpretieren, sondern als Ausdruck einer anhaltenden muskulären Verspannung im Rahmen einer klinisch überwiegenden psychiatrischen Problematik (Angst usw.; S. 11). In körperlich schweren Tätigkeiten sei die

Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitsfähig. In Verweistätigkeiten liege keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Relevante, progrediente degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat lägen nicht vor (S. 12).

Im pneumologischen Teilgutachten (act. IIA 86.5) führte Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie, aus, da die Beschwerdeführerin subjektiv nicht fähig gewesen sei, eine Ergospirometrie durchzuführen, könne aktuell keine abschliessende Empfehlung seitens der Arbeitsfähigkeit abgegeben werden. Dies umso mehr, als dass die Lungenfunktion normal ausgefallen sei (S. 3).

In der Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, die relevante Beurteilung sei die psychiatrische. Die somatischen Beschwerden seien weiterhin wie bereits aktenkundig weitgehend durch die psychiatrische Problematik überlagert und bedingt. Aufgrund der psychischen Störung bestehe auch in einer Verweistätigkeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Die aufgehobene Arbeitsfähigkeit gelte ab Datum der letzten IV-Anmeldung vom 7. August 2013 (act. IIA 86.1 S. 42. f.).

**3.3.7** Im Bericht vom 18. März 2016 (act. IIA 90) führte der RAD-Arzt, Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, unter anderem aus, beim Vergleich der Diagnosen des Gutachtens 2007 der MEDAS D.\_\_\_\_\_ und des Gutachtens 2015 der MEDAS E.\_\_\_\_\_ werde deutlich, dass die neu gestellte Diagnose der Persönlichkeitsstörung eine Zusammenfassung der bisher als neurotische Störungen bezeichneten Symptomatik sei (S. 4). Die neue Diagnose beinhalte im Wesentlichen eine andere Beurteilung desselben Zustandes. Es sei eine Rückfrage bei der MEDAS erforderlich (S. 5).

**3.3.8** In der Stellungnahme vom 23. September 2016 (act. IIA 96) führte die psychiatrische Gutachterin der MEDAS E.\_\_\_\_\_ aus, sie gingen davon aus, dass seit der Verfügung vom 4. November 2008 über die Jahre eine Veränderung des Gesundheitszustandes in Form einer Verschlechterung eingetreten sei. Zum einen wichen sie rein diagnostisch von der Vorbegutachtung der MEDAS D.\_\_\_\_\_ ab. Gleichzeitig sähen sie jedoch auch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegeben (S. 1).

Dies ergebe sich daraus, dass mit der Häufung von Schicksalsschlägen und der Zunahme von körperlichen Erkrankungen die durch die psychiatrische Symptomatik bereits weitgehend eingeschränkten Copingstrategien der Beschwerdeführerin zusätzlich vermindert seien, so dass sie ihre funktionellen Einschränkungen noch weniger kompensieren könne als früher. Auch habe sich die depressive Symptomatik in der Form verschlechtert, dass sie inzwischen, anders als die Vorgutachter, von einer rezidivierenden depressiven Störung, bei mittelgradiger Episode, ausgingen. Dabei habe der Schweregrad der einzelnen Episoden im Verlauf zugenommen und auch der Abstand zwischen den Episoden habe sich verringert. Sie gingen von einer Verschlechterung ab 2011 aus, als es aufgrund der Trennung der Beschwerdeführerin von ihrem Partner zu einer Verschlimmerung der gesundheitlichen Situation und dadurch bedingt nachfolgend zu verschiedenen stationären Aufenthalten gekommen sei (S. 2).

**3.3.9** Im Bericht vom 5. April 2017 (act. IIA 100) führte der RAD-Arzt bezugnehmend auf die Stellungnahme der MEDAS E. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2016 (act. IIA 96) aus, die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht für den ersten Arbeitsmarkt aufgehoben. Anzumerken sei, dass es sich aus psychiatrischer Sicht eigentlich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes handle. Aufgrund der auf S. 29 bis 32 des Gutachtens dezidiert erläuterten Zusammenschau der Symptomatik, die erst im aktuellen Gutachten erfolgt sei, sei aber die veränderte Beurteilung erst jetzt aufgrund der Verschlechterung bzw. Zunahme der Symptomatik möglich gewesen. Dem Gutachten könnte vollumfänglich gefolgt werden. Es bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr seit August 2013 (Anmeldung), weder für die frühere, noch für eine optimal angepasste Tätigkeit (S. 4).

**3.4** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzuge-

ben, 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).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2017 (act. IIA 107) massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS E. \_\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2015 (act. IIA 86.1 bis 86.5) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor) und überzeugt vom Grundsatz her, weshalb diesem grundsätzlich volle Beweiskraft zukommt. Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die beklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation grundsätzlich ein.

**3.6** Soweit die psychiatrische Gutachterin der MEDAS E. \_\_\_\_\_ auf die Frage der Beschwerdegegnerin hin postulierte, der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich ab 2011 verschlechtert (act. IIA 96), kann ihr allerdings nicht gefolgt werden. Zunächst gilt dies in Bezug auf die neu diagnostizierte ängstlich vermeidende, selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6; act. IIA 86.3 S. 6). Praxisgemäss stellt eine neue Diagnose nicht per se einen Revisionsgrund dar (vgl. BGer vom 25. April 2016, 9C\_894/2015, E. 5.1). Entscheidend ist auch bei einer anderen Diagnosestellung vielmehr, ob mit überwiegender Wahrscheinlich-

keit feststeht, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse in anspruchsvoller Weise geändert haben. Dies ist vorliegend nicht der Fall. Der RAD-Psychiater (act. IIA 90 S. 4) führte nachvollziehbar aus, dass die neu gestellte Diagnose der Persönlichkeitsstörung eine Zusammenfassung der bisher als neurotische Störung bezeichneten Symptomatik sei. Die psychodynamischen Erklärungen im Gutachten der MEDAS E.\_\_\_\_\_ findet er sehr hilfreich für das Verständnis der Symptomatik. Lege man, so wie die Gutachterin dies dokumentierte, den Schwerpunkt auf die Persönlichkeitsstörung und ihre Auswirkungen auf die Alltagsfähigkeiten, so würden die früher jeweils als „somatisch nicht objektivierbar“ beurteilten Teilsymptome Schwindel wie auch Schmerzen besser verständlich (act. IIA 100 S. 4). Der RAD-Psychiater erscheint dann aber insofern als widersprüchlich, als dass er einerseits davon ausgeht, dass es sich aus psychiatrischer Sicht um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes handelt, er aber andererseits doch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes beschreibt (act. IIA 100 S. 4).

In beiden Gutachten (der MEDAS D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_) wurde ein depressives Geschehen beschrieben, wobei der Psychiater der MEDAS D.\_\_\_\_\_ von einer leichten bis mittelgradigen depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) und die Psychiaterin der MEDAS E.\_\_\_\_\_ von einer rezidivierenden depressive Störung, aktuell mittelgradig (ICD-10 F33.1) ausging. Die Psychiaterin der MEDAS E.\_\_\_\_\_ führte nachvollziehbar aus, dass die Anfälligkeit für diese rezidivierende depressive Störung durch die Persönlichkeitsstörung begründet ist. Weiter legt sie im Gutachten der MEDAS E.\_\_\_\_\_ zwar plausibel dar, dass mit zunehmendem Alter und einer Zunahme von Schicksalsschlägen, „insbesondere dem Tod des Ehemannes“ und auch durch eine Zunahme von körperlichen Erkrankungen die auf Grund der Persönlichkeitsstörung ohnehin eingeschränkten Copingstrategien weiterhin vermindert seien (act. IIA 86.3 S. 9). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass der Ehemann der Beschwerdeführerin bereits 2004 verstorben ist. Damals erlitt die Beschwerdeführerin offenbar „eine erste schwere depressive Episode“ (act. IIA 86.3 S. 7). Diesen schwersten Schicksalsschlag brauchte die Psychiaterin der MEDAS E.\_\_\_\_\_ im Gutachten zum Beleg für die Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Da aber – wie bereits erwähnt – diese schwere de-

pressive Episode nach dem Tod des Ehemannes zeitlich vor der Vergleichsverfügung von 2008 aufgetreten ist, handelt es sich nicht um eine im hier zur Diskussion stehenden Zeitraum anspruchrelevante Gesundheitsveränderung. Die Ausführungen der Psychiaterin der MEDAS E. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 23. September 2016 (act. IIA 96 S. 2), weshalb sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe, überzeugen nicht: Auch der Vorgutachter ging bei der Diagnosestellung von einer zumindest leichten bis mittelgradigen depressiven Episode aus. Die Psychiaterin der MEDAS E. \_\_\_\_\_ beschreibt dieselbe Episode in ihrem Teilgutachten sogar als – wie bereits ausgeführt – schwere depressive Episode; im Schreiben vom 23. September 2016 wird für den Zeitpunkt der Untersuchung aber wieder (bloss) von einer inzwischen mittelgradigen Episode berichtet. Die von ihr in der Stellungnahme erwähnten durch die Persönlichkeitsstörung zusätzlich verminderten Copingstrategien beschrieb sie im Gutachten bereits im Zusammenhang mit dem Tod des Ehemannes als weiterhin vermindert (act. IIA 86.3 S. 9). Inwiefern der Schweregrad der einzelnen Episoden im Verlauf zugenommen haben soll, legt sie nicht nachvollziehbar dar und auch die angeblich kürzeren Abstände der Episoden sind nicht erstellt.

Soweit im Gutachten der MEDAS E. \_\_\_\_\_ der eingeschränkte Lebensstil der Beschwerdeführerin beschrieben wird, welche isoliert lebt und sich nicht mehr alleine aus der Wohnung traut (act. IIA 68.3 S. 8), ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bereits anlässlich der Begutachtung 2007 der MEDAS D. \_\_\_\_\_ anamnestisch ausgeführt hat, sie könne schon seit langem nicht mehr alleine aus dem Haus, weil sie wegen der Schmerzen- und Gefühlsstörungen Angst- und Panikzustände bekomme (act. II 16 S. 6). Der Lebensstil der Beschwerdeführerin war somit bereits damals in gleicher Weise eingeschränkt. Die Ausführungen der Psychiaterin der MEDAS E. \_\_\_\_\_ begründen nach dem Dargelegten keine anspruchrelevante Gesundheitsveränderung seit 2008. Bei der Persönlichkeitsstörung der Beschwerdeführerin handelt es sich gemäss Angaben der Psychiaterin der MEDAS E. \_\_\_\_\_ um eine „schwere strukturelle Störung“. Diese schwere strukturelle Störung ist vorgegeben, d.h. sie bestand bereits anlässlich der Verfügung vom 4. November 2008. Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass – trotz geänderter Diagnose bei gleicher Sym-

ptomatik - nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass es im massgebenden Vergleichszeitraum zu einer revisionsrechtlich relevanten Verschlechterung des psychiatrischen Zustandsbildes gekommen ist.

Auch aus dem Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 23. Mai 2014 (act. II 62) lässt sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ableiten.

**3.7** Betreffend den somatischen Gesundheitszustand ist aufgrund der Akten erstellt, dass die Pneumonie überstanden und eine lungenspezifische Therapie nicht mehr notwendig ist. Aus rheumatologischer Sicht wurde im Gutachten der MEDAS E. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar ausgeführt, dass keine relevanten, progredienten degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat bestehen (act. IIA 86.4 S. 12). Die somatischen Beschwerden sind weiterhin weitgehend durch die psychiatrische Problematik überlagert und bedingt (act. IIA 86.1 S. 42. f.). Damit ist auch in somatischer Hinsicht eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

#### **4.**

**4.1** Die Beschwerdegegnerin hat den Status in der angefochtenen Verfügung vom 7. Juli 2017 (act. IIA 107) wie in der Verfügung vom 4. November 2008 (act. II 30) auf 82% Erwerb und 18% Haushalt festgelegt. Obwohl die Beschwerdeführerin nicht gesundheitsbedingt arbeitsunfähig war, hat sie bereits seit 1992 nicht mehr gearbeitet (act. IIA 16 S. 9). Es erscheint damit grosszügig, dass der Status bereits bisher mit 82% Erwerb und 18% Haushalt eingeschätzt wurde. Die Beschwerdeführerin macht einen Status von 100% Erwerb geltend (Beschwerde S. 5 f.). Sie ist bereits seit 2004 verwitwet und hat auch danach keine Arbeit aufgenommen. In erwerblicher Hinsicht ist damit seit der Vergleichsverfügung vom 4. November 2008 (act. II 30) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Veränderung eingetreten.

**4.2** Zusammenfassend hat sich seit der rentenabweisenden Verfügung vom 4. November 2008 (act. II 30) in den tatsächlichen Verhältnissen keine erhebliche Änderung eingestellt, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Damit bleibt kein Raum für eine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassende Prüfung des Rentenanspruchs (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200). Die angefochtene Verfügung vom 7. Juli 2017 (act. IIA 107) ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

## **5.**

**5.1** 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).

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist aufgrund der Akten und angesichts der Sozialhilfeabhängigkeit ausgewiesen (vgl. Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3). Im vorliegenden Fall ist das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen. Weiter war eine anwaltliche Verbeiständung geboten, so dass der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren ist unter Beiordnung von Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt.

**5.2** 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.

**5.3** 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]). Festzusetzen bleibt indes das amtliche Honorar für Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_.

**5.3.1** Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Stundenansatz amtlicher Anwältinnen und Anwälte gemeinnützig tätiger Rechtsberatungsstellen unter Beachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.3 S. 3; SVR 2010 IV Nr. 3 S. 6 E. 5.4) auf Fr.130.-- festgesetzt. Dieser allgemeingültige pauschalisierte Stundenansatz wird im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter [www.justice.be.ch](http://www.justice.be.ch)).

**5.3.2** Die von Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_ eingereichte Kostennote vom 21. Dezember 2017 gibt zu keinen Bemerkungen Anlass. Entsprechend dem geltend gemachten Aufwand von 7.8 Stunden à Fr. 130.-- wird das amtliche Honorar auf Fr. 1'014.--, zuzüglich Fr. 46.60 Auslagen und Fr. 84.85 Mehrwertsteuer, somit total auf Fr. 1'145.45 festgesetzt und diesem nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt C. \_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt wird 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. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 1'145.45 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Dieser Betrag wird Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
  - B.\_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

#### **Rechtsmittelbelehrung**

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