

200 18 159 IV  
FUR/TOZ/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. März 2019**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiberin Tomic

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Januar 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1960 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 13. Oktober 2009 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 1). Nach medizinischen, beruflichen und erwerblichen Abklärungen sprach die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) der Versicherten mit Verfügung vom 27. Juni 2014 (AB 128) eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. April 2010 bis 30. September 2011 zu; die Rentenzusprache erfolgte aufgrund von somatischen Unfallbeschwerden (vgl. AB 46, AB 197 S. 2). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Am 23. Dezember 2015 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (AB 132). Die IVB klärte hierauf die gesundheitlichen sowie erwerblichen Verhältnisse ab. Gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten der D. \_\_\_\_\_ AG (fortan: MEDAS), vom 12. Mai 2016 (AB 149.1) stellte sie vorbescheidweise die Verneinung eines Leistungsanspruchs in Aussicht (AB 151). Nachdem die Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (AB 155), tätigte die IVB weitere Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie eine psychiatrische und eine neuropsychologische Begutachtung durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. F. \_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP (Expertisen vom 25. August 2017 und 8. November 2017; AB 189.1 und 191.1). Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 22. November 2017 (AB 192) die Ablehnung des Leistungsbegehrens mangels eines Revisionsgrundes in Aussicht. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 11. Januar 2018 (AB 195) fest und verneinte mit Verfügung vom 23. Januar 2018 (AB 197) den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

**B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_, am 23. Februar 2018 Beschwerde. Sie beantragt, der ergangene Verwaltungsakt sei aufzuheben und es sei ihr eine Invalidenrente zuzusprechen. Gleichzeitig stellte sie ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. März 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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 Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 23. Januar 2018 (AB 197). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**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).

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).

**2.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.4** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen IV-Grades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

**2.4.1** Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch 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. 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die glei-

che materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

**2.4.2** 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; AHJ 1999 S. 84 E. 1b).

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

### **3.**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 23. Dezember 2015 (AB 132) eingetreten und hat den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin materiell geprüft. Die Eintretensfrage ist vom Gericht deshalb nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch potentiell relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, wobei der Sachverhalt im Zeitpunkt der befristet rentenzusprechenden Verfügung vom 27. Juni 2014 (AB 128) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 23. Januar 2018 (AB 197) zu vergleichen ist (vgl. E. 2.4.2 hiavor).

**3.1** Die Verfügung vom 27. Juni 2014 (AB 128) basierte im Wesentlichen auf dem polydisziplinären (allgemeininternistisch-gastroenterologisch-

pneumologisch-neurologisch-orthopädisch-psychiatrischen) Gutachten der MEDAS vom 3. Februar 2014 (AB 119.1). Diesem ist zu entnehmen, dass die internistische und neurologische Abklärung keine Anhaltspunkte für eine namhafte Gesundheitsstörung ergeben habe (AB 119.1 S. 50). Auf orthopädischem Gebiet lägen degenerative Gelenksalterationen vor, aufgrund derer körperlich schwere Tätigkeiten und diejenigen mit Überkopparbeiten sowie mit überwiegendem Gehen und Stehen nicht mehr zumutbar seien (AB 119.1 S. 40, AB 119.1 S. 50). Weiter bestehe sowohl aus gastroenterologischer als auch aus pneumologischer Sicht keine (namhafte) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 119.1 S. 19 Ziff. 2.2.4, AB 119.1 S. 23 Ziff. 2.3.5). In psychiatrischer Hinsicht liege ein mögliches leichtgradiges depressives Syndrom vor (AB 119.1 S. 48). Die diagnostischen Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien dagegen nicht erfüllt, da ein anhaltender ungelöster innerseelischer Konflikt nicht evident sei und darüber hinaus auch kein ausreichender Anhalt für eine bewusstseinsferne quälende Schmerzsymptomatik bestehe. Das hier erhobene psychiatrische Bild sei zusammengefasst nicht derart ausgeprägt, dass dadurch die Gestaltungsfähigkeit des Alltags, die psychische Erlebnisfähigkeit oder die Partizipationsfähigkeit in einer Arbeitstätigkeit wesentlich beeinträchtigt wären. Es gelinge der Beschwerdeführerin durchaus, den Alltag ihren Bedürfnissen entsprechend zu gestalten, Kontakte zu pflegen und Reisen zu unternehmen. Eine möglichst rasche Aufnahme einer Arbeitstätigkeit sei auch aus therapeutischer Sicht bei zu erwartenden positiven Effekten auf die Tagesstruktur und das Selbstwertgefühl zu empfehlen. Die Fortsetzung der ambulant psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei weiterhin sinnvoll. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten und jedweder vergleichbaren Tätigkeit (AB 119.1 S. 49). Die Gutachter attestierten aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch in einer anderen körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit (AB 119.1 S. 49 f. Ziff. 3).

**3.2** Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 23. Januar 2018 (AB 197) liegen insbesondere folgende Berichte zu Grunde:

**3.2.1** Vom 19. Mai bis 8. August 2014 hielt sich die Beschwerdeführerin zur stationären Behandlung in der Privatklinik G.\_\_\_\_\_ auf. Im Bericht vom 8. Dezember 2015 (AB 132 S. 2 f.) diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger depressiver Episode und somatischem Syndrom sowie einem chronischen Schmerzsyndrom und eine Dysthymia im Sinne einer Double Depression. Im geschützten stationären Rahmen sei es zwar zu einer deutlichen Besserung der depressiven Symptomatik, bei Wochenendbeurlaubungen in der eigenen Wohnung jedoch immer wieder zu depressiven Einbrüchen, Blockaden und Antriebsdefiziten gekommen. Die nach wie vor deutlich reduzierte psychische und physische Belastbarkeit habe sich bereits bei kleinsten Belastungen gezeigt (AB 132 S. 2). Aus psychiatrischer Sicht habe von Mai 2014 bis Herbst 2015 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aktuell sei eine Tätigkeit von mehr als 50 % nicht zumutbar. Die Beschwerdeführerin werde seit dem Austritt im August 2014 ambulant betreut (wöchentliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sowie Reittherapie; AB 132 S. 3).

**3.2.2** Im psychiatrischen Gutachten der MEDAS vom 12. Mai 2016 (AB 149.1) wurde als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) festgehalten (AB 149.1 S. 22 Ziff. 6.IV.2). Die Anamnese lasse unverändert keine Anhaltspunkte für eine gravierende Vernachlässigung von Haushalt, Körperpflege und Essen erkennen. Symptome einer ausgeprägteren Depressivität, wie eine Störung der circadianen Rhythmik, eine psychomotorische Hemmung, eine Agitiertheit oder eine Affektstarre lägen nicht vor. Unter Berücksichtigung der ICD-10-Kriterien sei somit die Diagnose einer leichten depressiven Episode zu stellen (AB 149.1 S. 19 Ziff. 5). Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung ergäben sich anhand des hiesigen Befunds und der Biografie nicht (AB 149.1 S. 21 Ziff. 6.II.7). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit dem massgebenden Vergleichszeitpunkt vom 19. November 2013 (letzte psychiatrische Untersuchung; vgl. AB 119.1 S. 2 und 41 ff.) nicht wesentlich verändert (AB 149.1 S. 19 Ziff. 6.I.1). Die Beschwerdeführerin sei selbständig, ausreichend selbstversorgend sowie mobil und aktiv. Eine namhafte Limitation der Ressourcen sei nicht zu erkennen (AB 149.1 S. 21 Ziff. 6.II.8). In der klinischen Untersuchung ergä-

ben sich keine Hinweise auf Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten in der Untersuchungssituation (AB 149.1 S. 23 Ziff. 6.VI.1). Sowohl in der bislang ausgeübten als auch jedweder anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (AB 149.1 S. 24 Ziff. 6.VII.1).

**3.2.3** Stellung nehmend dazu hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Privatklinik G.\_\_\_\_\_, am 10. Juni 2016 (AB 155 S. 5 bis 8) fest, dass die vom psychiatrischen Gutachter der MEDAS diagnostizierte leichte depressive Episode nicht im Einklang mit den ICD-10-Kriterien stehe. Bei der Beschwerdeführerin liege inzwischen eine chronifizierte depressive Störung (ICD-10 F33) vor. In den letzten Jahren habe trotz der intensiven und leitliniengerechten Behandlung keine Vollremission mehr erreicht werden können und sei auch in Zukunft prognostisch nicht zu erwarten. Die Ausprägung der depressiven Symptomatik sei zwar schwankend und könne auch mal leichtgradig sein, was bei chronifizierten depressiven Störungen bekannt sei, jedoch bleibe es bei einer alltags- und berufsrelevanten, massiven Einschränkung der psychophysischen Leistungsfähigkeit (AB 155 S. 7). Weiter sei entgegen dem psychiatrischen Gutachter der MEDAS keine selbständige Alltagsbewältigung gegeben, die Beschwerdeführerin bedürfe zur Bewältigung ihres Alltages nach wie vor externer Unterstützung (Spitex, Therapien; AB 155 S. 8).

**3.2.4** Der Hausarzt, Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Allergologie und klinische Immunologie, führte im Bericht vom 28. Juni 2016 (AB 155 S. 3 f.) aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende, über viele Jahre zunehmende und chronisch verlaufende depressive Störung vorliege, wobei es vor allem in den letzten Jahren zu mittelschweren bis schweren Episoden, auch begleitet von somatischen Störungen gekommen sei. Der Verlauf zeige auch, dass es regelmässig zu Dekompensationen komme, teilweise ohne Grund, teilweise aber auch im Zusammenhang mit den somatischen Erkrankungen. Die Beschwerdeführerin könne ihren Haushalt nur mit fremder Hilfe und seit einem Jahr nur mit Unterstützung der Spitex bewältigen. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von max. 50 % mit einer Leistungseinschränkung, dies in

einem geschützten Rahmen. Dabei seien körperliche Einsätze aufgrund der orthopädischen Behinderungen ausgeschlossen (AB 155 S. 3 Ziff. 1).

**3.2.5** Hierzu nahm Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Deutschland), Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), am 7. Juli 2016 Stellung und kam zum Schluss, dass aus dem psychopathologischen Befund im Gutachten der MEDAS vom 12. Mai 2016 (AB 149.1) nicht deutlich werde, wie der Gutachter zur Diagnose einer leichten depressiven Episode gelangt sei. Insbesondere mangle es an einer dezidierten Verhaltensbeobachtung, einer ausführlichen Darstellung des Alltagsablaufs, einer expliziten Herleitung von Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen und einer Persönlichkeitsdiagnostik. Allerdings seien auch die Berichte der Privatklinik G. \_\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar. In diesen werde die depressive Symptomatik als chronifiziert beschrieben, ohne hierfür einen ätiologischen Ansatz zu liefern. Die Stagnation der therapeutischen Bemühungen erscheine in der Gesamtschau nicht hinreichend einleuchtend (AB 159 S. 7). Der Gutachter sei deshalb aufzufordern, Stellung zu den Berichten der behandelnden Ärzte zu nehmen (AB 159 S. 8).

**3.2.6** In der Stellungnahme vom 10. Januar 2017 (AB 166) hielt der psychiatrische Gutachter der MEDAS fest, dass die im Gutachten schlüssig dargestellte, erhaltene Alltagsaktivität und der fehlende objektive Befund anhalt für eine Antriebsstörung der Annahme einer namhaften Antriebsstörung im Sinne eines der drei ICD-10-Achsenkriterien einer depressiven Episode den Boden entziehe. Auch sei keine vitale Traurigkeit in den hiesigen Befunden schlüssig und ausreichend konsistent vorliegend gewesen. Vitale Traurigkeit, Antriebs- und Interessenverlust seien die ICD-10 definierten und geforderten Achsenkriterien einer depressiven Episode, diese lägen hier allenfalls in einer geringen (teils auch nur subjektiven) Ausprägung vor, so dass hier allenfalls eine leichtgradige depressive Störung zu attestieren sei. Die in den subjektiven Angaben geschilderte Inaktivität sei angesichts der hiesigen objektiven Befundkriterien des psychiatrischen Befunds nach AMDP nicht ausreichend plausibel gewesen, da eben keine namhafte Antriebshemmung zu erkennen gewesen sei. Ob dies von den Ärzten der Privatklinik G. \_\_\_\_\_ und vom Hausarzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_

ausreichend kritisch berücksichtigt worden sei, sei zumindest zweifelhaft (AB 166 S. 7 f.). Die Tatsache, dass eine Spitex-Betreuung erfolge, konstituiere für sich allein keine hieraus ableitbare Erkrankung, sondern könne ebenso gut einem Fehleinsatz von Ressourcen entsprechen. Die Berichte der Privatklinik G.\_\_\_\_\_ und des Hausarztes repräsentierten mithin allenfalls andere Meinungen, welche aufgrund der gutachterlich erhobenen objektiven Befunde nicht hinreichend bestätigt werden könnten (AB 166 S. 8).

**3.2.7** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, nunmehr bei der Klinik K.\_\_\_\_\_, diagnostizierte im Bericht vom 13. April 2017 (AB 175) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anankastische und selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5/F60.6), eine rezidivierende depressive Störung, inzwischen chronifizierter Verlauf mit mittelschweren bis schweren Episoden und somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1/2; seit über 10 Jahren), eine Dysthymia im Sinne einer Double Depression (ICD-10 F34.1; seit über 10 Jahren) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom (seit 10 bis 15 Jahren; AB 175 S. 3 Ziff. 3). Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % vom 1. Januar 2017 bis auf weiteres (AB 175 S. 4 Ziff. 11). Zumutbar seien körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten (wechselbelastend zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, mit minimaler Stressbelastung, ohne Druck) zu maximal zwei bis drei Stunden pro Tag (AB 175 S. 5 Ziff. 14). Der Beschwerdeführerin stünden aufgrund der chronifizierten Depression und der Persönlichkeitsstörungen kaum Ressourcen zur Verfügung. Schon bei kleinen Belastungen (wie z.B. Termin beim Sozialamt, Steuererklärung abgeben, Bewerbungsschreiben versenden) sei die Beschwerdeführerin rasch überfordert und reagiere mit Symptomen wie Schlafstörungen, unüberwindbarer Müdigkeit mit Tagesschläfchen, Kopfschmerzen, Zunahme der körperlichen Beschwerden und allergischen Symptomen (AB 175 S. 6 Ziff. 15.8).

**3.2.8** Der Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ führte im Verlaufsbericht vom 24. April 2017 (AB 177 S. 2) aus, es sei im Verlauf zu einer zunehmenden depressiven Dekompensation mit einem längeren Klinikaufenthalt in der Privatklinik G.\_\_\_\_\_ gekommen. Nach dem Austritt habe ein sehr labiles psychisches Gleichgewicht persistiert, welches nur durch vielschichtige, regelmässige therapeutische Interventionen von Seiten der Psychiatrie, der

Inneren Medizin (Hausarztpraxis), durch diverse ergänzende Therapien (Reittherapie, Körpertherapie etc.) sowie durch eine medikamentöse anti-depressive Behandlung knapp habe aufrechterhalten werden können. Die Beschwerdeführerin sei mit ihrer medizinisch-psychiatrischen Gesamtproblematik im ersten Arbeitsmarkt nicht einsetzbar.

**3.2.9** Mit Stellungnahme vom 22. Juni 2017 (AB 181 S. 3) hielt der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_ fest, dass neue Anknüpfungstatsachen hinsichtlich der Begründung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit vorlägen. Insbesondere sei auch das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung erwähnt worden. Da die psychiatrischen Beeinträchtigungen im Vordergrund stünden, sollte sowohl eine psychiatrische als auch eine neuropsychologische Begutachtung veranlasst werden. Im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung könnten im Besonderen die kognitiven Folgen der kontinuierlich angegebenen Müdigkeit und Erschöpfung objektiviert werden. Im Rahmen einer erneuten psychiatrischen Begutachtung seien insbesondere auch das (mögliche) Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung und auch die Hinweise auf das Bestehen einer (möglicherweise vorliegenden) somatischen Belastungsstörung abzuklären.

**3.2.10** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Gutachten vom 25. August 2017 (AB 189.1) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, ängstlichen und zwanghaften Anteilen (ICD-10 F61) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine anhaltende depressive Störung im Sinne einer Dysthymia (ICD-10 F34.1), in der Gesamtschau als doppelte Depression (Double Depression) imponierend (AB 189.1 S. 23). Der Krankheitsverlauf sei geprägt von einer sukzessiven Verschlechterung, aber auch Chronifizierung der psychischen Leiden. Die ängstlich vermeidenden, unsicheren, aber auch zwanghaften Persönlichkeitsmerkmale hätten hierbei den Boden für eine anhaltende depressive Entwicklung mit immer wiederkehrenden auch depressiven Krisen bereitet (AB 189.1 S. 18 f. Ziff. 7.1). Aufgrund der aktuellen psychiatrischen Störungsbilder bestehe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, dies vermutlich seit Januar 2012 bzw. zumindest seit Mai 2014 (AB 189.1 S. 25 Ziff. 7.3.3 und S. 29 Ziff. 8.6). Zumutbar

sei dagegen eine angepasste Tätigkeit im geschützten Rahmen zu 50 % (AB 189.1 S. 29 Ziff. 8.6).

**3.2.11** Im neuropsychologischen Gutachten vom 8. November 2017 (AB 191.1) hielt lic. phil. F.\_\_\_\_\_ als Diagnose leichte kognitive Funktionsbeeinträchtigungen, mit hoher Wahrscheinlichkeit als Begleiterscheinung von Schmerzerleben und psychopathologischen Beeinträchtigungen, fest (AB 191.1 S. 16 Ziff. III.3). In einer Verweistätigkeit (mit geringen Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit) wäre aus rein neuropsychologischer Sicht mit einer geringen Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit zu rechnen. Einschränkungen der qualitativen Arbeitsfähigkeit und der zeitlichen Zumutbarkeit müssten jedoch von den hierfür zuständigen Fachärzten beurteilt werden (AB 191.1 S. 19 Ziff. VI.18).

**3.2.12** Mit Bericht vom 10. Januar 2018 (AB 195 S. 4 f.) bekräftigte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Klinik K.\_\_\_\_\_, die im Bericht vom 8. Dezember 2015 (AB 132) gemachten Ausführungen (AB 195 S. 5).

**3.3** 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).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 23. Januar 2018 (AB 197) massgeblich auf das psychiatrische Gutachten der MEDAS vom 12. Mai 2016 samt der ergänzenden Stellungnahme vom 10. Januar 2017 (AB 149.1 und 166) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiavor) und genügt auch den revisionsrechtlichen Ansprüchen (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 6.1.2), weshalb diesem volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Wie sich nachfolgend ergibt, sind die hier interessierenden revisionsrechtlich relevanten Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet, so dass darauf abzustellen ist.

**3.4.1** Der psychiatrische Gutachter der MEDAS hat im Gutachten vom 12. Mai 2016 bzw. in der ergänzenden Stellungnahme vom 10. Januar 2017 (AB 149.1 und 166) schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass bei der Beschwerdeführerin eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (AB 149.1 S. 22 Ziff. 6.IV.2, AB 166 S. 1 ff.) und sich der Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit seit dem massgebenden Vergleichszeitpunkt nicht wesentlich verändert haben (AB 149.1 S. 19 Ziff. 6.I.1, AB 166 S. 7 f.).

Hieran vermögen die Berichte der behandelnden Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2015, 10. Juni 2016, 13. April 2017 und 10. Januar 2018 (AB 132 S. 2, AB 155 S. 7 f., AB 175 S. 3 Ziff. 3, AB 195 S. 5) nichts zu ändern. Zunächst hat der psychiatrische Gutachter - unter Darlegung der Anamnese, psychopathologischen Befunde und Verhaltensbeobachtung während der Begutachtung - schlüssig und nachvollziehbar aufgezeigt, dass und weshalb die diagnostischen Kriterien einer mittel- oder schwergradig ausgeprägten depressiven Störung nicht erfüllt sind (AB 166 S. 4 ff.). Er hat überzeugend dargelegt, dass es sich bei den diesbe-

züglichen Einschätzungen durch Dr. med. H. \_\_\_\_\_ - und auch durch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ (AB 155 S. 3 Ziff. 1) - allenfalls um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts handelt (AB 166 S. 8). Dr. med. H. \_\_\_\_\_ erlangte im Übrigen erst im Verlauf des Jahres 2018 einen Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)), was den Beweiswert der vorher erstellten Berichte schmälert. Was die von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ - und auch vom Gutachter Dr. med. E. \_\_\_\_\_ - diagnostizierte Persönlichkeitsstörung (AB 175 S. 3 Ziff. 3, AB 189.1 S. 23) angeht, so überzeugt die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters der MEDAS, wonach aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde und der Biografie der Beschwerdeführerin eine nach ICD-10 klassifizierte Persönlichkeitsstörung nicht vorliegt (AB 149.1 S. S. 21 Ziff. 6.II.7). In den diagnostischen Leitlinien wird vorweg festgehalten, dass die Störungen immer in der Kindheit oder Jugend beginnen und sich auf Dauer im Erwachsenenalter manifestieren und meistens zu deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit führen (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 277). Vorliegend indizieren weder der schulische bzw. berufliche Werdegang (Primar- und Sekundarschule, ...lehre als ..., ... Grundausbildung mit ... und verschiedenen, mehrere Jahre dauernden Anstellungen [AB 89 S. 2 f., AB 90 S. 2 ff.]) noch das allgemeine Beziehungsverhalten (zu Freunden, Familie, früheren Partnern) oder das Verhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchung ein sich seit der Kindheit bzw. Jugend manifestiertes, deutlich normabweichendes Verhaltensmuster, welches in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen geführt hätte. Es verwundert denn auch, dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_ diese Diagnose erst nach mehreren Jahren Therapie (vgl. AB 132 S. 2 und AB 175 S. 3 Ziff. 3) bzw. in früheren Berichten nie gestellt hat. In Bezug auf die weiteren von der Ärztin gestellten Diagnosen einer Dysthymia und eines chronisches Schmerzsyndroms, beides bestehend seit mindestens zehn Jahren bzw. seit 2007 (AB 175 S. 3 Ziff. 3), ist festzuhalten, dass es sich hierbei um eine andere Einschätzung des bereits rechtskräftig beurteilten Sachverhaltes handelt (vgl. Gutachten der MEDAS vom 3. Februar 2014; AB 119.1 S. 48 f.). Abgesehen davon, stellt das Hinzufügen von Diagnosen

alleine keinen Revisionsgrund dar, muss doch eine hinreichende Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse durch entsprechende psychopathologische Befunde ausgewiesen sein. Das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung muss vielmehr aufgrund von objektiv wahrnehmbaren psychopathologischen Befunden überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen sein. Massgebend ist einzig, ob (und in welchem Ausmass) den medizinischen Akten eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit entnommen werden kann, und zwar unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; vgl. auch Entscheide des Bundesgerichts vom 11. Juli 2018, 9C\_374/2018, E. 4.2, und vom 31. August 2016, 9C\_226/2016, E. 4.3.2). Diesbezüglich haben Dr. med. H.\_\_\_\_\_ und auch der Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_\_ eine vermutlich seit Januar 2012 bzw. seit mindestens Mai 2014 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 132 S. 3, AB 189.1 S. 25 Ziff. 7.3.3 und S. 29 Ziff. 8.6), was (wiederum) lediglich eine im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtliche abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im bereits rechtskräftig beurteilten Zeitraum darstellt (vgl. Verfügung vom 27. Juni 2014; AB 128). Die Beschwerdegegnerin hat damit zu Recht nicht auf das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 25. August 2017 (AB 189.1) abgestellt.

Auch die Berichte des Hausarztes Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2016 und 24. April 2017 (AB 155 S. 3 f., AB 177 S. 2) vermögen die Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens der MEDAS vom 12. Mai 2016 (AB 149.1) nicht in Frage zu stellen. Zunächst lässt sich aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt durch die Spitex unterstützt wird (AB 155 S. 3 Ziff. 1), nicht ohne weiteres auf eine erhebliche psychische Erkrankung mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schliessen. Es kann sich dabei - wie der psychiatrische Gutachter der MEDAS in der Stellungnahme vom 10. Januar 2017 zutreffend ausgeführt hat (AB 166 S. 8) - ebenso gut um einen Fehleinsatz von Ressourcen im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns handeln. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. I.\_\_\_\_\_ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Allergologie und klinische Immunologie nur beschränkt über die für die Beurteilung der Auswirkungen der psychischen Einschränkungen erforderliche Fach-

kompetenz verfügt, weshalb auf seine diesbezügliche Einschätzung nicht unbesehen abgestellt werden kann.

Aus den vorstehenden Ausführungen ergibt sich, dass nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass es im massgebenden Vergleichszeitraum zu einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung bzw. Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes gekommen ist.

**3.4.2** In neuropsychologischer Hinsicht konnte der Gutachter lic. phil. F. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 8. November 2017 (AB 191.1) lediglich geringe bzw. keine namhaften Einschränkungen der Leistungsfähigkeit feststellen (AB 191.1 S. 19 Ziff. VI.18), was sich aufgrund der psychiatrischen Beurteilung ohne weiteres nachvollziehen und vereinbaren lässt.

**3.4.3** In somatischer Hinsicht ergeben sich aus den Akten keine Anhaltspunkte für eine anspruchserhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes im massgebenden Vergleichszeitraum. Eine solche wird denn auch nicht geltend gemacht, so dass diesbezüglich weiterhin von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist (vgl. AB 119.1 S. 49 f. Ziff. 3).

**3.4.4** Zusammenfassend ergibt sich, dass das am 3. Februar 2014 erstellte Zumutbarkeitsprofil der MEDAS und die daraus resultierende Arbeitsfähigkeit von 100 % (AB 119.1 S. 49 f. Ziff. 3) weiterhin Geltung haben.

**3.5** Weil es damit an einem Revisionsgrund fehlt und ein solcher auch in erwerblicher Hinsicht nicht gegeben ist, bleibt kein Raum für eine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassende Prüfung des Rentenanspruchs (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200).

#### **4.**

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 23. Januar 2018 (AB 197) nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

## **5.**

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

Im vorliegenden Fall sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und - unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege - der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen.

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

**5.3** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann 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).

**5.3.1** Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (Beschwerdebeilage 3). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverbeiständung ist zu bejahen. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_ ist demnach gutzuheissen. Somit ist die Beschwerdeführerin - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) - von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien. Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_.

**5.3.2** Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechts-

schutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (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)). Im Falle der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne der Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.4.1 S. 4) wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 130.-- und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 80.-- festgelegt.

Die Kostennote von Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_ vom 5. April 2018 ist nicht zu beanstanden. Gestützt darauf ist das amtliche Honorar auf total Fr. 1'273.75 festzusetzen (Honorar: Fr. 1'131.-- [8.7 Stunden à Fr. 130.--; Auslagen [Fr. 42.-- + Fr. 9.70] zuzüglich MWSt. von Fr. 91.05 [7.7% auf Fr. 1'182.70]).

**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 Nach-

zahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO - jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Dem amtlichen Anwalt C. \_\_\_\_\_ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'273.75 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzte Entschädigung 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

Die Kammerpräsidentin:

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.