

200 19 447 IV
JAP/BRM/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Dezember 2019

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. April 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1959 geborenen A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde auf Anmeldung vom September 1997 hin (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II und IIA] act. II 8.1 S. 145-151), gestützt auf ein Gutachten der MEDAS C._____ vom 1. Dezember 1999 (act. II 9), ab August 2000 eine halbe Invalidenrente zugesprochen (act. II 32; vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 25. Juli 2002, IV 5944; act. II 37). Diesen Rentenanspruch bestätigte die IVB wiederholt revisionsweise (act. II 55, 65, 97; Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 12. März 2014, IV/2013/564 [act. II 115]), zuletzt gestützt auf das Gutachten der MEDAS D._____ vom 28. Januar 2013 (act. II 84.1).

B.

Nachdem die IVB den im Juni 2006 geltend gemachten Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (act. II 48) gestützt auf einen Arztbericht des behandelnden Arztes, Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Medizin (act. II 51), sowie den Abklärungsbericht vom 22. September 2006 (act. II 52) mit Verfügung vom 27. November 2006 verneint hatte (act. II 56), gewährte sie der Versicherten auf neuerliche Anmeldung vom 6. Juni 2017 hin (act. II 142, 143) und gestützt auf entsprechende medizinische Abklärungen (act. II 146, 147) sowie den Abklärungsbericht vom 16. Oktober 2017 (act. II 150) mit Verfügung vom 13. Dezember 2017 ab 1. August 2006 eine Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades (act. II 159).

Im Rahmen einer im Januar 2018 von Amtes wegen eingeleiteten Revision holte die IVB aktuelle Arztberichte ein (act. IIA 164, 170, 172, 187, 188) und veranlasste bei der MEDAS D._____ eine Verlaufsbeurteilung (act. IIA 176); das Gutachten in den Fachrichtungen Orthopädie und Psychiatrie wurde am 3. September 2018 erstattet (act. IIA 181.1). Sodann liess sie

einen Abklärungsbericht Hilfslosenentschädigung aufgrund einer Erhebung vor Ort erstellten (Bericht vom 21. Januar 2019; act. IIA 195). In der Folge stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 23. Januar 2019 die Aufhebung der Hilfslosenentschädigung in Aussicht (act. IIA 196). Nach Einwanderhebung seitens der Versicherten (act. IIA 202, 208) sowie Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. IIA 205-207) und dem Bereich Abklärungen (act. IIA 213) verfügte die IVB am 29. April 2019 entsprechend dem Vorbescheid (act. IIA 214).

C.

Am 4. Juni 2019 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung vom 29. April 2019 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei weiterhin eine Hilfslosenentschädigung ausgehend von einer Hilflosigkeit leichten Grades auszurichten. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, dass der medizinische Sachverhalt unvollständig abgeklärt und teilweise falsch festgestellt worden sei. Weder den Ausführungen im Gutachten der MEDAS D._____, vom 3. September 2018, welches sich mit der Vorgeschichte – vor allem in psychischer Hinsicht – nicht detailliert auseinandersetze, noch dem ärztlichen Bericht des RAD vom 5. März 2019 sowie dem Abklärungsbericht vom 21. Januar 2018 lasse sich entnehmen, inwiefern seit der Zuspreehung der Hilfslosenentschädigung eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation eingetreten sein solle; eine solche sei auch tatsächlich nicht eingetreten. Die Voraussetzungen für eine Revision der Hilfslosenentschädigung seien nicht erfüllt.

Sodann wird um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt nachgesucht.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2019 beantragt die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

Zu den mit prozessleitender Verfügung vom 17. Juli 2019 instruktionsrichtlich aufgeworfenen Fragen nahm die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 29. August 2019 Stellung, legte weitere medizinische Unterlagen ins

Recht (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4 f.) und hielt am beschwerdeweise gestellten Antrag fest. Ein Doppel dieser Eingabe samt Beilagen ging an die Beschwerdegegnerin.

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 29. April 2019 (act. IIA 214), mit welcher die laufende Hilfslosenentschädigung auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats – mithin per Ende Juni 2019 – aufgehoben wurde. Streitig und zu prüfen ist, ob dies zu Recht erfolgte.

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 Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Art. 42 Abs. 1 IVG).

Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist. Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit mindestens ein Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben sein. Ist eine Person lediglich dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, so liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor (Art. 42 Abs. 3 IVG).

2.2 Massgebend für die Höhe der Hilflosenentschädigung ist das Ausmass der persönlichen Hilflosigkeit (Art. 42^{ter} Abs. 1 Satz 1 IVG). Zu unterscheiden ist zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 IVG).

2.2.1 Die Hilflosigkeit gilt als schwer, wenn die versicherte Person vollständig hilflos ist. Dies ist der Fall, wenn sie in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 37 Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

2.2.2 Die Hilflosigkeit gilt als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln

- a. in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;
- b. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; oder
- c. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist (Art. 37 Abs. 2 IVV).

Nach der Rechtsprechung ist im Rahmen von lit. a dieser Bestimmung Hilfsbedürftigkeit in mindestens vier alltäglichen Lebensverrichtungen vorausgesetzt (BGE 121 V 88 E. 3b S. 90).

2.2.3 Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln

- a. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;
- b. einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf;
- c. einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf;
- d. wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann; oder
- e. dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist (Art. 37 Abs. 3 IVV).

2.3 Nach der herrschenden Praxis (BGE 133 V 450 E. 7.2 S. 463) sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen relevant:

- Ankleiden, Auskleiden;
- Aufstehen, Absitzen, Abliegen;
- Essen;
- Körperpflege;
- Verrichtung der Notdurft;
- Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme.

Bei Lebensverrichtungen, welche mehrere Teilfunktionen umfassen, ist nach der Rechtsprechung nicht verlangt, dass die versicherte Person bei der Mehrzahl dieser Teilfunktionen fremder Hilfe bedarf; vielmehr ist bloss erforderlich, dass sie bei einer dieser Teilfunktionen regelmässig in erheblicher Weise auf direkte oder indirekte Dritthilfe angewiesen ist (BGE 121 V 88 E. 3c S. 91).

2.4 Jede formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung wird von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zu Grunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat (Art. 17 Abs. 2 ATSG). Die bei der Revision von Renten entwickelten Grundsätze gelten bei der Anpassung von Dauerleistungen im Sinne von Art. 17 Abs. 2 ATSG analog (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 17 N. 68).

Anlass zur Revision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den jeweiligen Anspruch zu beeinflussen (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde der Leistungsanspruch zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung tatsächlich stattgefunden hat (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Leistungsanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

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

chungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.6 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63). Diese Rechtsprechung ist auf Abklärungsberichte für Ansprüche auf Hilflosenentschädigung, Intensivpflegezuschlag, Hilfsmittel oder Assistenzbeitrag analog anwendbar. Bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Leistung ist eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen Arzt und Verwaltung erforderlich (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und zum Bedarf an Dritthilfe ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im – der ursprünglichen Rentenzusprechung zu Grunde liegenden – Gutachten der MEDAS C. _____ vom 1. Dezember 1999 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine generalisierte stammbetonte Oberflächenhyperalgesie, fortgeschrittene degenerative Veränderungen im Bereich der HWS und der unteren LWS, ein Status nach Discushernienoperation L4/L5 1994, eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), eine latente Suizidalität (ICD-10: X62) und ein Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) festgehalten. Aus rheumatologischer Sicht seien der Versicherten Tätigkeiten, welche den Bewegungsapparat sehr belasteten, nicht zumutbar; möglich wären angepasste Tätigkeiten (ohne Heben von schweren Gewichten, mit wechselnden Positionen). In psychiatrischer Hinsicht sei die Versicherte aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode mindestens 50% arbeitsunfähig. Interdisziplinär gelangten die begutachtenden Ärzte zum Schluss, sie könne die angestammte, als geeignet zu betrachtende Tätigkeit als ... zu 50% ausüben (act. II 8.1 S. 1-21).

3.1.2 Im Gutachten der MEDAS D. _____ vom 28. Januar 2013 wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.80), eine symptomatische Coxarthrose beidseits (ICD-10: M16.9/Z98.8) sowie chronische Unterbauchschmerzen rechts (ICD-10: R10.4) festgehalten. Aus psychiatrischer Sicht konnte bei der Beschwerdeführerin keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr gestellt werden. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), ein chronischer Nikotinabusus (ICD-10: F17.1), ein Dyscheziesyndrom bei Obstipation und ineffizienter Bauchpresse sowie Hämorrhoiden (act. II 84.1 S. 23). Aus polydisziplinärer Sicht erachteten die Gutachter die Beschwerdeführerin in der Folge für sämtliche körperlich mittelschwer und schwer belastenden Tätigkeiten für vollständig arbeitsunfähig. Für körperlich leichte, geeignete Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50%. Die Ein-

schränkungen aus viszeralchirurgischer und orthopädischer Sicht seien nicht zu addieren, da die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung genutzt werden könnten (act. II 84.1 S. 24).

3.1.3 In seinem Verlaufsbericht vom 23. Juni 2017 attestiert Dr. med. F._____, Facharzt für Innere Medizin sowie für Rheumatologie, einen verschlechterten Gesundheitszustand bei veränderter Diagnosestellung, namentlich hätten die mediale Meniskopathie Hinterhorn links (OP 29. März 2017), die chronische Schmerzerkrankung mit Status nach Dekompression und Fusion L3-L5 2014, der Status nach Hüft-Totalprothese rechts 24. Februar 2016, die chronische Harnwegsinfektion sowie das metabolische Syndrom Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit sei nicht zumutbar, für eine angepasste Tätigkeit (Heben und Tragen von max. 5 kg, Gehstrecke ca. 500 m, Sitz- /Stehdauer erheblich eingeschränkt) sei das Arbeitstempo mindestens um 50% reduziert. Die Patientin sei seit mindestens 2014 in der Fortbewegung (Krücken) und zur Pflege gesellschaftlicher Kontakte (Transportdienste) regelmässig in erheblicher Weise auf Hilfe Dritter angewiesen, ebenso bei der Haushaltsführung (act. II 146 S. 2-7).

3.1.4 Die Hausärztin med. pract. G._____, Praktische Ärztin, bescheinigte im Bericht vom 21. Juni 2017 einen stationären Gesundheitszustand. Die Patientin leide an rezidivierenden starken Schmerzen trotz hoher Schmerzmedikation. Es wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert; die chronische Schmerzkrankheit wirke sich auf die Arbeit aus, geistig und psychisch sei die Patientin derzeit unauffällig. Sie sei beim An-/ Auskleiden, beim Aufstehen/Absitzen/Abliegen (z.T. Mithilfe), bei der Körperpflege, beim Verrichten der Notdurft (nur Körperreinigung), bei der Fortbewegung sowie bei der Pflege gesellschaftlicher Kontakte regelmässig in erhebliche Weise auf Hilfe Dritter angewiesen (act. II 147 S. 2-7).

3.1.5 Gemäss Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung vom 16. Oktober 2017 bedürfe die Versicherte tagsüber einer dauernden Pflege und sei seit August 2015 in den alltäglichen Lebensverrichtungen An-/Auskleiden sowie Aufstehen trotz Verwendung von Hilfsmitteln regelmässig auf erhebliche, direkte oder indirekte Hilfe angewiesen, womit die Voraussetzungen für eine Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit leichten Grades erfüllt seien (act. II 150).

3.1.6 Die psychiatrische Klinik H._____ berichtete am 24. Oktober 2017 über eine stationäre Behandlung der Versicherten vom 23. Juni bis zum 26. August 2017 nach einem Suizidversuch mit Tabletten. Als Diagnose-/Problemliste wurde eine akute schizophrenieforme psychotische Störung (ICD-10: F23.2) sowie eine chronische Schmerzstörung genannt. Es sei eine Medikation installiert und ein Therapieprogramm durchgeführt worden. Nach Remission der Suizidalität und der psychotischen Symptomatik sei die Patientin am 26. August 2017 nach Hause entlassen worden; sie werde künftig durch die Psychiatriespitex und einen Psychiater betreut, die Depotspritzen werde die Hausärztin verabreichen (act. II 154).

3.1.7 Im auf Veranlassung der RAD-Ärztin med. pract. I._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation (act. IIA 166), bei der MEDAS D._____ eingeholten Verlaufsgutachten unter Beteiligung der Fachdisziplinen Psychiatrie und Rheumatologie vom 3. September 2018 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne ausstrahlende Symptomatik (ICD-10: M54.5; Status nach Dekompression und TLIF-Stabilisation LWK 3/4 sowie dorsaler Instrumentation LWK 3-5 04/2014), Hüfttotalprothese links 12/2012 (ICD-10: Z96.6; Status nach Pfannenwechsel 01/2015, Status nach Koxarthrose), Hüfttotalprothese rechts 02/2016 (ICD-10: Z96.6; Status nach Koxarthrose), eine medial betonte Gonarthrose links (ICD-10: M17.1; Status nach Arthroskopie mit partieller medialer Meniskektomie 02/2017) sowie eine Rhizarthrose rechts (ICD-10: M18.0) festgehalten. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; multilokuläres unspezifisches Schmerzsyndrom) sowie ein Status nach akuter schizophrener psychotischer Störung (ICD-10: F23.2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als ... bestehe – wahrscheinlich seit Jahren, sicher ab Juni 2018 – eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50%; in einer angepassten Tätigkeit (Hebe- und Traglimite 5 kg, keine länger dauernden Zwangshaltungen des Rumpfes oder der unteren Extremitäten, kein übermässiger Krafteinsatz mit der rechten Hand) sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit im freien Arbeitsmarkt spätestens seit Juni 2018 auf 80% zu schätzen, vor dieser Zeit gemäss dem vorangegangenen Gutachten der MEDAS D._____. Zwischendurch seien für einige Wochen bis Monate postope-

rative Arbeitsunfähigkeiten aufgetreten, jenseits davon könne keine länger dauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit zugeordnet werden. Seit der letzten Begutachtung habe sich eine objektivierbare Verbesserung des somatischen Zustandes ergeben; die damals bestehenden degenerativen Veränderungen seien mittlerweile operativ versorgt worden mit günstigem Ergebnis. Auf somatischer Ebene sei in Anbetracht der aktuellen Befunde nicht plausibel nachvollziehbar, weshalb die Explorandin bei der Verrichtung der Alltagsaktivitäten auf die Hilfe von Dritten angewiesen sein sollte (act. IIA 181.1 S. 8-11).

3.1.8 Die Hausärztin der Versicherten berichtete am 23. November 2018 über einen verschlechterten Gesundheitszustand wegen ständiger Rückenschmerzen und bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit (act. IIA 187).

3.1.9 Auf entsprechende Anfrage teilte die RAD-Ärztin med. pract. I. _____ am 11. Dezember 2018 mit, dass sich aufgrund der eingereichten medizinischen Unterlagen an der Ausgangslage seit der Begutachtung nichts geändert habe; die Hausärztin schreibe die Patientin ohne objektive Befunderhebung wegen allgemeinen Rückenbeschwerden 100% arbeits- und erwerbsunfähig. Somatisch sei aktuell keine Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung der MEDAS D. _____ vom September 2018 nachweisbar und es bestehe laut orthopädischem Gutachter keine Notwendigkeit zur Unterstützung durch Dritte im Haushalt. Ferner bescheinigten die Psychiatrischen Dienste J. _____ im November 2018 einen stationären Gesundheitszustand (act. IIA 188), sodass auf das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS D. _____ weiterhin abgestellt werden könne (act. IIA 190).

3.1.10 Im Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung vom 21. Januar 2019 verweist die Abklärungsperson bezüglich der medizinischen Situation/Diagnosen auf die Aktenlage der IVB und hielt fest, dass die versicherte Person tagsüber der dauernden Pflege, dagegen keiner dauernden Überwachung bedürfe und Hilfsmittel vorhanden seien. Beim An-/Auskleiden könne sie lediglich die Socken nicht selber anziehen, was indessen nicht mehr als erhebliche Dritthilfe gelte. Damit sei die Versicherte in keiner der sechs alltäglichen Lebensverrichtungen auf regelmässige und erhebliche

Hilfe angewiesen, sodass die Anspruchsvoraussetzungen für eine Hilflosenentschädigung nicht mehr erfüllt seien (act. IIA 195).

3.1.11 In einer weiteren Stellungnahme des RAD vom 5. März 2019 legte Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dar, dass und warum die von den Psychiatrischen Diensten J._____ neu vergebene Diagnose einer wahnhaften Störung (vgl. act. IIA 198) mit der vorliegend zur Darstellung kommenden Vorgeschichte nicht vereinbar sei und zudem nicht den Diagnoseleitlinien der ICD-10 entspreche. Vielmehr handle es sich um die schon vorbekannte – nachweislich im Zusammenhang mit der Opioidaufnahme stehende – schizophrenieforme Störung; die attestierte Verschlechterung werde auch durch die Medikation nicht abgebildet. Das bidisziplinäre Gutachten vom 3. September 2018 stelle eine Verlaufsbeurteilung mit Bezug auf die Untersuchung im Jahre 2013 dar, beruhe auf einer Auswertung der relevanten Befunde, einer ausführlichen Erfassung der Anamnese und einer klaren Befunddarlegung; das psychiatrische Teilgutachten sei nachvollziehbar (act. IIA 206 S. 5 f.). Ebenso bestätigte der RAD-Arzt Dr. med. L._____, Facharzt für Nuklearmedizin und Praktischer Arzt, das im bidisziplinären Gutachten vom September 2018 definierte Zumutbarkeitsprofil aus somatischer Sicht (act. IIA 207 S. 6 f.).

3.2 Bezüglich der Frage, ob hinsichtlich des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung ein Revisionsgrund gegeben ist, ist vorliegend der Sachverhalt, wie er sich bei der ursprünglichen Zusprechung mittels Verfügung vom 13. Dezember 2017 (act. II 159) präsentierte, mit demjenigen im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 29. April 2019 zu vergleichen. Dem Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung vom 16. Oktober 2017 (act. II 150), welcher zum integrierenden Bestandteil der leistungszusprechenden Verfügung erklärt wurde (act. II 159 S. 5), lässt sich nicht mit der nötigen Klarheit entnehmen, auf welcher medizinischen Beurteilung dieser basiert. Erwähnt werden lediglich der stationäre Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik H._____, die verordneten Medikamente sowie die nach dem Klinikaustritt installierte Gesprächstherapie bei Dr. med. M._____, ... Psychiatrische Dienste J._____ (vgl. auch act. II 154 S. 4; act. IIA 164).

Das erste Gutachten der MEDAS D. _____ vom 28. Januar 2013 (act. II 84.1) lag bei Erstellung des Abklärungsberichtes bereits mehrere Jahre zurück und auf die beim behandelnden Dr. med. F. _____ (act. II 146) sowie der Hausärztin med. pract. G. _____ (act. II 147) eingeholten Berichte hat sich Abklärungsperson offensichtlich nicht gestützt. Dies ergibt sich daraus, dass Dr. med. F. _____ einen Dritthilfebedarf seit mindestens 2014 bei der Fortbewegung sowie bei der Pflege gesellschaftlicher Kontakte (act. II 146 S. 5) und med. pract. G. _____ einen solchen für das An-/Auskleiden, Aufstehen/Absitzen/Abliegen, die Körperpflege, das Verrichten der Notdurft, die Fortbewegung sowie die Pflege gesellschaftlicher Kontakte (act. II 147 S. 5) bejahte, während die Abklärungsperson von einem Dritthilfebedarf beim An-/Auskleiden sowie beim Aufstehen/Absitzen/Abliegen ausging und den Bedarf an dauernder Pflege tagsüber seit dem Eintritt in die psychiatrische Klinik H. _____ (act. II 154 S. 2-5) im Juni 2017 (act. II 150 S. 3 Ziff. 3, 150 S. 4 f. Ziff. 6.1 f.) bejahte. Dabei stellte sie, wie sich aus dem IV-Protokoll S. 3 (bei den Gerichtsakten) ergibt, einzig auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab (vgl. den Eintrag vom 16. Januar 2019, wo die Abklärungsperson die Frage aufgeworfen hat, ob die Versicherte bei ihren früheren Angaben übertrieben habe oder nicht mehr wisse, was sie damals gesagt habe).

Das Verlaufsgutachten der MEDAS D. _____ vom 3. September 2018 postulierte eine Verbesserung des Gesundheitszustandes (act. IIA 181.1 S. 10 f. Ziff. 4.11), welche sich allerdings nicht auf den hier relevanten Referenzzeitpunkt, d.h. der ursprünglichen Zusprechung der Hilflosenentschädigung im Dezember 2017 bezog, sondern auf die Entwicklung seit der letzten im Hinblick auf das vorangegangene Gutachten vom Januar 2013 durchgeführten Untersuchung im November 2012 (act. II 84.1; Beschwerde Rz. 8). Begründet wurde die festgestellte Verbesserung mit den verschiedenen Operationen, denen sich die Beschwerdeführerin unterzogen hatte, welche zwar allesamt nach der Exploration vom November 2012, jedoch – worauf auch in der Beschwerde zutreffend hingewiesen wird (vgl. Beschwerde Rz. 7) – noch vor Erlass der Verfügung vom 13. Dezember 2017 (act. II 159) durchgeführt wurden (act. IIA 181.1 S. 10 F. Ziff. 4.11, 181.1 S. 38 Ziff. 7.2). Soweit in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung ausgeführt wird, es sei aus orthopädischer Sicht nicht plausibel nachvollziehbar, wes-

halb die Explorandin gemäss Abklärungsbericht vom 16. Oktober 2017 bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten auf Dritthilfe angewiesen sein sollte, ist darin eine – revisionsrechtlich unerhebliche – unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleichgebliebenen Sachverhalts zu erblicken (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Auch in der Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik H._____ wäre mit Blick auf Art. 88a Abs. 2 IVV von vornherein kein Revisionsgrund zu erblicken, nachdem der Aufenthalt weniger als drei Monate gedauert hat (act. II 154 S. 2-5).

Nun wurde zwar im IV-Protokoll (S. 1, Eintrag vom 12. November 2018) ein erneuter Bandscheibenvorfall „oberhalb der Metalle in der Wirbelsäule“ erwähnt (vgl. auch act IIA 195 S. 2 Ziff. 1), welcher indessen in den im Nachgang zur Verlaufsbeurteilung durch die MEDAS D._____ eingeholten Arztberichten (act. IIA 187 f., 198) und den Stellungnahmen des RAD (act. IIA 190, 205-207) keinen Rückhalt fand. Aus den im Beschwerdeverfahren nachgereichten Berichten des behandelnden Orthopäden Prof. Dr. med. N._____ (act. I 4 f.) ergibt sich nun aber, dass gemäss einem kurz nach der Verlaufsbeurteilung der MEDAS D._____ angefertigten MRI vom Oktober 2018 tatsächlich auf Stufe L2/3 eine Bandscheibenprotrusion aufgetreten ist und sich auf Etage L5/S1 eine deutliche Spondylarthrose präsentierte. Das Verlaufsgutachten vom 3. September 2018 stützte sich demgegenüber noch auf eine Aufnahme vom 6. Mai 2014, welche eine Degeneration der Anschlusssegmente L2/3 und weniger L5/S1 zeigte; eine Diskusprotrusion war seinerzeit noch nicht auszumachen und die arthrotischen Veränderungen unterhalb der operierten Stelle waren noch nicht deutlich ausgeprägt (act. IIA 181.1 S. 35). Auch wenn das neue MRI vom Oktober 2018 in Bezug auf die Diskopathie L2/3 keine klare neurale Kompromittierung ergab (act. I 4), ist nicht auszuschliessen, dass sich eine solche bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung allenfalls entwickelt hat, zumal es offenbar zu einer Schmerzexazerbation kam, die am 27. Mai 2019 mittels einer Fazettengelenksinfiltration ebendort behandelt wurde (act. I 5). In dieser Hinsicht besteht Abklärungsbedarf.

3.3 Abgesehen von dem oben genannten Abklärungsbedarf hinsichtlich der nachträglich bekannt gewordenen Bandscheibenprotrusion auf Stu-

fe L2/3 sowie der deutlichen Spondylarthrose auf Etage L5/S1 (act. I 4) erfüllt das Gutachten der MEDAS D._____ vom 3. September 2018 grundsätzlich die höchstrichterlichen Anforderungen an eine Expertise (vgl. E. 2.5 hiervor). Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (vgl. Beschwerde Rz. 3) kann aus dem Umstand, dass in diesem Gutachten fälschlicherweise eine Anmeldung der Beschwerdeführerin zum Leistungsbezug im Jahr 1999 anstatt im Jahr 1997 erwähnt wird (vgl. act. IIA 181.1 S. 6 Ziff. 3.2) und keine Akten aus der Zeit vor 1999 aufgeführt werden (vgl. act. IIA 181.1 S. 16 f. Ziff. 1.1), nicht geschlossen werden, die Gutachter hätten sich nicht mit der relevanten Anamnese auseinandergesetzt. Dieser Aspekt betreffe nämlich gleichermassen auch das Gutachten der MEDAS D._____ vom 28. Januar 2013 (act. II 84.1), welches im VGE IV/2013/564 (act. II 115) als vollständig beweiskräftig beurteilt wurde. Hinzu kommt, dass die vom Gutachter Dr. med. O._____ anlässlich des psychiatrischen Explorationsgesprächs erhobene Anamnese bis in die früheste Kindheit der Beschwerdeführerin zurückreicht (act. IIA 181.1 S. 23 f. Ziff. 3.2) und ihm insbesondere auch das Gutachten der MEDAS C._____ aus dem Jahr 1999 vorlag (act. II 8.1 S. 1-21), in welchem die früheren Vorakten wiedergegeben worden waren. Schliesslich muss sich ein Gutachter nicht mit sämtlichen, sondern nur mit den wesentlichen Vorakten befassen (vgl. BGE 137 V 210 E. 6.2.4 S. 270); überdies ging es angesichts des – wie aus obigen Ausführungen hervorgeht – bis ins Jahr 2013 feststehenden Sachverhaltes vorliegend in erster Linie um eine gutachterliche Auseinandersetzung mit den seitherigen medizinischen Akten bzw. um eine Beurteilung der Entwicklung der gesundheitlichen Situation, insbesondere mit Bezug auf die Kriterien der Hilflosigkeit seit der letzten materiellen Prüfung des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung.

In Bezug auf die im Nachgang zur gutachterlichen Exploration vom 2. Juli 2018 (act. IIA 181.1 S. 21) durch neuerliche bildgebende Untersuchung im Oktober 2018 erhobenen Befunde sowie die (geltend gemachte) spätere Zunahme der Beschwerdesymptomatik bedarf es einer punktuellen Ergänzung bzw. Aktualisierung des medizinischen Sachverhalts. Hierzu sind die Akten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Da die erforderliche ergänzende Abklärung bisher vollständig ungeklärte Fragen betrifft, ist eine Rückweisung zulässig (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264).

3.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich derzeit nicht abschliessend beurteilen lässt, ob in Bezug auf die Hilflosenentschädigung ein Revisionsgrund vorliegt oder nicht. Angesichts der offenen medizinischen Fragen ist ebenso das (weitere) Bestehen einer Hilflosigkeit bzw. deren Schweregrad unklar. Diese Aspekte werden im Rahmen der vorzunehmenden ergänzenden Sachverhaltserhebungen zu klären sein. Vor diesem Hintergrund kann auch die in der prozessleitenden Verfügung vom 17. Juli 2019 aufgeworfene Frage offen bleiben, ob die ursprüngliche, eine Hilflosenentschädigung zusprechende Verfügung vom 13. Dezember 2017 (act. II 159) im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG zweifellos unrichtig war. Weil einer allfälligen Beschwerde gegen die Verfügung vom 29. April 2019 (act. IIA 214) die aufschiebende Wirkung entzogen wurde und dieser Entzug auch noch für den Zeitraum des erforderlichen Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verfügung andauert (BGE 129 V 370; SVR 2018 IV Nr. 29 S. 94 E. 2.2.1), bleibt die Hilflosenentschädigung bis dahin eingestellt.

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 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Mit angemessener Kostennote vom 29. August 2019 hat Rechtsanwalt B._____ ein Honorar von Fr. 3'800.-- sowie Auslagen von Fr. 138.-- und die Mehrwertsteuer von Fr. 303.25 geltend gemacht. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 4'241.25 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt.

4.3 Da der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten auferlegt werden, ist ihr Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege dahingefallen. Entsprechend ist das Verfahren um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege gegenstandslos geworden und vom Geschäftsverzeichnis als erledigt abzuschreiben (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 39 N. 1).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern 29. April 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, 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. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'241.25 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt 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.