

200 20 360 IV  
KOJ/FRN/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. August 2020**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiberin Franzen

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. April 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1975 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juli 2011 erstmals bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1.159). Nach medizinischen und erwerblichen Erhebungen veranlasste die Sozialversicherungsanstalt des Kantons ... (SVA ...) eine rheumatologische (Gutachten vom 23. Dezember 2013, AB 1.80) sowie eine psychiatrische Begutachtung (Gutachten vom 16. Januar 2014, AB 1.78). Mit Verfügung vom 26. März 2014 (AB 1.67) verneinte sie einen Rentenanspruch. Auf die Neuanschuldung vom November 2015 trat sie mit Verfügung vom 20. Mai 2016 (AB 1.10) mangels Glaubhaftmachung einer rentenrelevanten Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht ein.

Nachdem die Versicherte im April 2019 erneut eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend gemacht hatte (AB 4), stellte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin), welche nach dem Umzug der Versicherten in den Kanton Bern für die Bearbeitung des Falles neu zuständig geworden war, in Aussicht, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten (AB 12). Damit zeigte sich die Versicherte, vertreten durch den Sozialdienst der Gemeinde ..., nicht einverstanden (AB 14). In der Folge führte die IVB weitere medizinische und erwerbliche Erhebungen durch. Gestützt auf die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 13. Februar 2020 (AB 33) wies sie das Rentenbegehren nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 34) mit Verfügung vom 24. April 2020 (AB 37) ab.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte am 19. Mai 2020 (Datum Postaufgabe) Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen mit anschließender Neu beurteilung des Rentenanspruchs. Ferner beantragte sie die Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Juni 2020 (Eingang am 16. Juni 2020) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. Juni 2020 hiess der Instruktionsrichter das – zwischenzeitlich substantiierte – Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gut.

### **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 24. April 2020 (AB 37) Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

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

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

## **2.**

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

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

**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** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

**2.5** Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, 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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201], vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Dies gilt analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). 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 Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad 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 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 Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Ver-

gleich 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; AHl 1999 S. 84 E. 1b).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom April 2019 (AB 4) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 26. März 2014 (AB 1.67) und der hier angefochtenen Verfügung vom 24. April 2020 (AB 37) eine (potentiell) anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 2.5 hiervor).

**3.2** Die Verfügung vom 26. März 2014 (AB 1.67) basierte massgeblich auf folgenden Berichten:

**3.2.1** Dr. med. B. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostizierte im rheumatologischen Gutachten vom 23. Dezember 2013 (AB 1.80) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Syndrom links bei Bandscheibenprotrusion L5/S1 links mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 links ohne Kompression, seit Jahren bildgebend im Wesentlichen konstant sowie ohne radikuläre Zeichen. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie einen Nikotin-Abusus, einen Cocain-Konsum mit Nachweis eines sehr schwachen Cocain-Konsums in der Haaranalyse, ohne aktuellen Nachweis von Cocain oder anderen Drogen in der Urinanalyse, ausgedehnte chronische Schmerzen, eine leichte Eisenmangel-Anämie sowie einen Vitamin-D-Mangel (S. 34). Durch die eingeschränkte Funktion der Lendenwirbelsäule (LWS) sei die Beschwerdeführerin limitiert. Die angestammte Tätigkeit als .../... sei nicht angepasst. Das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung – ob stehend oder sitzend – sei zu vermeiden. Unerwartete, asymmetrische Lasteneinwirkungen seien auszuschliessen. Günstig seien wechselseitige Tätigkeiten. Sie könne Lasten bis 15 kg heben oder tragen.

In einer angepassten Tätigkeit könne sie ganztags zu 100% arbeiten (S. 38).

**3.2.2** Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 16. Januar 2014 (AB 1.78) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er einen möglichen Kokainabusus (ICD-10 F14.1; S. 10). Die Beschwerdeführerin habe in der Untersuchung durch eine ungenügende Kooperationsbereitschaft imponiert. Sie habe zu zahlreichen Lebensbereichen nur knappe und oftmals nur rudimentäre Angaben gemacht. Eine eigentliche Persönlichkeitsstörung könne hierfür nicht verantwortlich gemacht werden. Aufgrund ihres auffälligen Verhaltens in der Untersuchung habe er akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert (S. 11). Im objektiven Psychostatus hätten sich keinerlei Parameter gezeigt, die über ein leicht pathologisches Ausmass ausgelenkt gewesen seien. Sie habe keinerlei mittelgradige oder schwere depressive Symptomatik gezeigt. Es habe sich auf Grund der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin eine Panikstörung entwickelt, obwohl auch hier ihre Angaben nicht erlaubt hätten, genau zu eruieren, wie häufig sie unter Panikattacken leide (S. 8). In der angestammten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. In einer Verweistätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht ebenfalls eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (S. 13).

**3.2.3** In der bidisziplinären Zusammenfassung vom 17. Januar 2014 (AB 1.77) hielten die Dres. B. \_\_\_\_\_ und C. \_\_\_\_\_ fest, aus psychiatrischer Sicht bestehe eine qualitative Funktionseinbusse von 20% in jeglicher Tätigkeit. Aus rheumatologischer Sicht könne die Beschwerdeführerin eine angepasste LWS-schonende leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 100% bzw. ganztags ausüben. Aus bidisziplinärer Sicht könne sie eine angepasste Tätigkeit zu 80% ausüben bezogen auf ein 100%-Pensum.

**3.3** Der angefochtenen Verfügung vom 24. April 2020 (AB 37) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

**3.3.1** In der Stellungnahme vom 4. September 2015 zum Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2014 (AB 1.23) legten Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und E. \_\_\_\_\_, diplomierte Psychologin, der F. \_\_\_\_\_ dar, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 5. Mai 2015 in ihrer tagesklinischen Behandlung. Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1, anamnestisch seit mindestens Anfang 2013), eine post-traumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1, anamnestisch seit 2012) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dependenten und schizoiden Zügen (ICD-10 F61, anamnestisch seit Beginn im Schulalter). Es handle sich um ein komplexes Störungsbild mit weitreichenden Einschränkungen im Leistungs- und Funktionsniveau. Mit dem Erreichen einer Teilarbeitsfähigkeit von mehr als 20% sei auf längere Sicht nicht zu rechnen (S. 1). Entgegen der Einschätzung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ seien sie der Meinung, dass es sich um eine Persönlichkeitsstörung und nicht um eine Akzentuierung handle. Bei der Beschwerdeführerin lägen gravierende sozial-interaktionelle Defizite vor. Auch spreche die Tendenz, sich gewalttätige und ausbeuterische Partner zu wählen, für das Vorliegen einer solchen – in diesem Fall dependenten – Störung. Ebenfalls konträr zur Einschätzung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ seien sie der Ansicht, dass die Beschwerdeführerin über Jahre massivster körperlicher und psychischer Gewalt vor allem durch ihren letzten Lebensgefährten ausgesetzt gewesen sei (S. 2).

**3.3.2** Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 20. November 2015 (AB 27 S. 20 f.) anamnestisch eine PTBS (ICD-10 F43.1), anamnestisch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dependenten und schizoiden Zügen (ICD-10 F61), anamnestisch eine depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.3), sowie anamnestisch eine paranoide Schizophrenie (einmalige Untersuchung vom 15. Januar 2015, ICD-10 F20.0). Die Beschwerdeführerin sei ängstlich und misstrauisch und am Anfang des Gespräches sehr verschlossen, es sei kein Blickkontakt möglich, anfangs gebe sie einsilbige und fast abweisende Antworten, im Laufe des einstündigen Gespräches werde sie entspannter und rede mehr, zum Teil laut und

vorwurfsvoll gegenüber einer früheren Arbeitgeberin und Ex-Partnern. Sie beschreibe einen Status von Stimmenhören und Verfolgungsängsten. Aktuell seien kein Wahn und keine Sinnestäuschungen eruierbar. Affektiv würden vor allem starke Ängste mit Panikanfällen und Angst vor dem Alleinsein beschrieben.

**3.3.3** J.\_\_\_\_\_, eidg. anerkannte Psychotherapeutin vom Spital I.\_\_\_\_\_, diagnostizierte im Bericht vom 27. Juni 2017 (AB 28 S. 18 f.) eine PTBS (ICD-10 F43.1), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dependenten und schizoiden Zügen (ICD-10 F61), eine depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.3), sowie anamnestisch eine paranoide Schizophrenie (einmalige Untersuchung vom 15. Januar 2015, ICD-10 F20.0). Insgesamt sei es zu einer Stabilisierung und Zustandsverbesserung im Verlauf des Jahres 2016 gekommen. Bei remittierter Psychose seien Krankheitseinsicht und Therapiemotivation gegeben. Bei Triggern, welche die posttraumatische Symptomatik aktivierten (Ängste, starkes Misstrauen), ziehe sich die Beschwerdeführerin zurück.

**3.3.4** Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 23. Juni 2019 (AB 16) eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0; S. 2). Sie führte aus, die Beschwerdeführerin lebe äusserst zurückgezogen, alleine und ohne soziale Kontakte mit ihren zwei Hunden. Sie meide den menschlichen Kontakt, könne öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzen und spaziere ihre Hunde nur an bestimmten Tageszeiten, an denen sie kaum Menschen begegne. Der Kontakt mit Menschen, vor allem mit Männern, sei für sie bedrohlich. Der Grund für diese extreme Menschenangst sei eine wahnhafte paranoide Entwicklung. Die Beschwerdeführerin fühle sich stets von Mitmenschen bedroht und habe zu niemandem Vertrauen (S. 1). Sie habe als Kind wie auch als junge Frau traumatische Erlebnisse mit viel Gewalt, u.a. solche sexueller Natur, erlebt. Dazu komme auch erzwungene Prostitution. Darüber könne sie bis heute nur bruchweise sprechen. Sie wirke aggressiv, sehr gespannt, misstrauisch und abwehrend. Ihre Mimik sei arm. Sie gehe mit kleinen, raschen Schritten, sitzend meide sie den Blickkontakt. Sie lächle fast nie und wenn einmal, dann habe ihr Lächeln grimassenartige Züge. Sie sei affektiv nicht erreichbar, bei aufgehobener Schwingungs-

fähigkeit. Die Stimmung sei gereizt, subdepressiv. Das Denken sei häufig wahnhaft, paranoid, mit nachgewiesenen akustischen und optischen Halluzinationen. Formal sei das Denken manchmal sprunghaft. Meistens jedoch haftend an Themen wie "Hundetraining" oder "Misstrauen gegenüber den Mitmenschen". Es seien keine Suizidgedanken vorhanden. Bei der Beurteilung der Beschwerdeführerin wäre es von grosser Wichtigkeit, dass die vorgesehenen Begutachter bzw. Betreuer weiblichen Geschlechts seien (S. 2).

**3.3.5** Der Hausarzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 1. Juli 2019 (AB 17) folgende Diagnosen (S. 1):

- Carpaltunnelsyndrom (CTS) beidseits. Im Herbst 2019 Operation rechts geplant
- Verdacht auf Dupuytren-Kontraktur Dig. IV links
- Status nach Hysterektomie 2017
- Chronisches Panvertebralsyndrom, Erstdiagnose 2008, mit möglichem lumboradikulärem Reizsyndrom S1 links
  - o muskuläre Haltungsinsuffizienz mit muskulärer Dysbalance
  - o ausgeprägte Ansatztendinopathien am Beckenkamm und Myogelosen gluteal links
- Hypermobilität (Beighton Score 5/9)
  - o MRI Lendenwirbelsäule September 2011 und Juli 2013 links mediolaterale Diskushernie und Einriss des Anulus fibrosus L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 links
  - o MRI Becken 6/12: kein Hinweis für Sakroileitis
- Chronische Schmerzstörung bei psychischen und somatischen Faktoren
- Bekannter gastroösophagealer Reflux
  - o Axiale Hiatusgleithernie mit Ultra-Short-Barrett-Syndrom
- Tardyferon Bauchkrämpfe

Dr. med. L. \_\_\_\_\_ führte aus, er betreue die Beschwerdeführerin seit ca. vier Jahren. Sie habe immer wieder körperliche Beschwerden im Rahmen des chronischen Panvertebralsyndroms, der chronischen Schmerzstörung

und dem bekannten gastroösophagealen Reflux. Diese Problematik verunmögliche der Beschwerdeführerin seit Jahren, irgendeiner Erwerbstätigkeit nachzugehen (S. 2).

**3.3.6** Die RAD-Ärztin, Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie empfahl im Bericht vom 30. Oktober 2019 (AB 22 S. 4) die Einholung von Verlaufsberichten im somatischen und psychiatrischen Fachgebiet sowie die Einholung von Berichten über stattgefundene Hospitalisationen sowie teilstationäre Behandlungen.

**3.3.7** Die behandelnde Psychiaterin attestierte im Bericht vom 17. November 2019 (AB 27 S. 13 ff.) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 14. August 2017 bis 30. November 2019 (S. 13) und diagnostizierte eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0, gestellt im Jahre 2015) sowie differentialdiagnostisch eine paranoide Persönlichkeitsstruktur mit Panikattacken, kombiniert mit einer PTBS (S. 15). Sie behandle die Beschwerdeführerin einmal wöchentlich (S. 13). Die Beschwerdeführerin lehne sämtliche Medikation ab. Sie solle früher schwere Nebenwirkungen davongetragen haben (S. 14). Zum Befund machte die Psychiaterin dieselben Ausführungen wie in ihrem Bericht vom 23. Juni 2019 (AB 16). Das Verhalten der Beschwerdeführerin im zwischenmenschlichen Bereich sei derart auffällig, dass kaum eine angepasste Arbeit ohne Menschenkontakte und allein mit Tieren gefunden werden könne (S. 15).

**3.3.8** Der Hausarzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 18. Dezember 2019 (AB 31) zusätzlich zu den im Bericht vom 1. Juli 2019 (AB 17) gestellten Diagnosen eine paranoide Schizophrenie – generalisierte Angst (ICD-10 F20.9, F41.1) sowie einen Status nach Fraktur Metatarsale V links vor 20 Jahren und einen Status nach Fraktur im oberen Sprunggelenk (OSG) links 1997 (S. 4 f.). Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. L.\_\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin sei beim Sozialamt, seit sie bei ihm in Behandlung sei. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nie ein Thema gewesen, da schon früher eine IV-Abklärung erfolgt sei und sie seit da nicht mehr arbeitsfähig gewesen sei (S. 3). Sie habe rezidivierende Schmerzen in der Wirbelsäule sowie Schmerzen in den Füßen. Sie habe ein CTS beidseits. Auch psychisch bestehe immer wieder eine instabile Situation (S. 4). Die

Arbeitsfähigkeit werde sich nicht bessern (S. 5). Insbesondere die psychischen Probleme stünden einer Eingliederung im Wege (S. 7).

**3.3.9** Die RAD-Ärztin, Dr. med. M. \_\_\_\_\_, legte in der Stellungnahme vom 13. Februar 2020 (AB 33) dar, ein zwischen November 2015 und Juni 2017 erhobener Psychostatus habe keinen Krankheitswert gezeigt. Die von der Psychiaterin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ attestierte Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) sei nicht unter Zugrundelegung des ICD-10 Klassifikationssystems gestellt worden. Bereits der im F. \_\_\_\_\_ behandelnde psychiatrische Oberarzt med. pract. D. \_\_\_\_\_ habe 2015 die Verdachtsdiagnose "Psychose" nicht bestätigen können (S. 11). Fehlende Behandlungsintensivierungen seit November 2015, grosse Konsultationsintervalle von einmal monatlich, eine fehlende medikamentöse Behandlung im psychiatrischen Fachgebiet, eine ohne medikamentöse Behandlung eingetretene Stabilisierung und Verbesserung des psychischen Befindens der Beschwerdeführerin sowie der mehrfach dokumentierte Psychostatus ohne Krankheitswert sprächen gegen eine langdauernde Verschlechterung des Gesundheitsschadens. Seit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2014 seien psychosoziale Belastungen (Konflikte mit Vermieter, Wohnungsumzüge, Konflikte mit Sohn, Kursleitern und finanzielle Schwierigkeiten) aktenkundig, welche sämtlich nicht iv-relevant seien. Seit Erlass der Verfügung vom 26. März 2014 sei weder im psychiatrischen noch im somatischen Fachgebiet eine Verschlechterung des Gesundheitsschadens ausgewiesen (S. 12).

**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 anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberoücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststel-

lungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

Personen, die Entscheidungen über Rechte und Pflichten zu treffen oder vorzubereiten haben, treten in Ausstand, wenn sie in der Sache ein persönliches Interesse haben oder aus anderen Gründen in der Sache befangen sein könnten (Art. 36 Abs. 1 ATSG). Für Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richterinnen und Richter vorgesehen sind. Befangenheit ist demnach anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109; SVR 2018 UV Nr. 28 S. 98 E. 3.1).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung massgeblich auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin, Dr. med. M. \_\_\_\_\_, vom 13. Februar 2020 (AB 33) ab, wonach weder im psychiatrischen noch im somatischen Fachgebiet eine Verschlechterung des Gesundheitsschadens ausgewiesen sei (S. 12).

**3.5.1** Soweit die Beschwerdeführerin die Aussagekraft dieser Einschätzung mit einer "Weisungsgebundenheit" der RAD-Ärztin in Frage stellt, kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Der blosse Umstand, dass Dr. med. M. \_\_\_\_\_ beim RAD arbeitet, vermag keinen objektiven Anschein der Befangenheit (vgl. E. 3.4 in fine hiavor) zu begründen. RAD-Ärztinnen und -Ärzte arbeiten zwar für eine oder mehrere IV-Stellen der Region (vgl. Art. 47 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]), indem sie ihnen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs beratend zur Verfügung stehen; in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall sind sie jedoch unabhängig (Art. 59 Abs. 2<sup>bis</sup> IVG sowie Art. 49 Abs. 1 und 3 IVV). Eine lediglich allgemeine Weisungsbefugnis im medizinischen Fach-

bereich kommt dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) zu (Art. 64a Abs. 1 lit. c IVG). So besehen ist die Tätigkeit von RAD-Ärztinnen und -Ärzten in erster Linie eine solche im Interesse der IV an sich und dient nicht der Wahrung der Interessen der jeweiligen IV-Stelle im eigentlichen engeren Sinne. Es kommt dazu, dass die RAD von den IV-Stellen in personeller Hinsicht getrennt sind (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219). Die Beschwerdegegnerin weist im Übrigen zu Recht darauf hin, dass sich auch aus den Akten keine Hinweise auf allfällige Ausstandsgründe ergeben.

Wie nachfolgend dargelegt, vermag die Beurteilung der RAD-Ärztin indes aus materiellen Gründen nicht zu überzeugen:

**3.5.2** Die (umfangreichen) Ausführungen der RAD-Ärztin zum Stand der gesundheitlichen Situation im 2015 (AB 33 S. 9 f.) gehen mit Blick auf den Vergleichszeitraum zwischen 26. März 2014 (AB 1.67) und 24. April 2020 (AB 37; vgl. E. 3.1 hiervor) und dem hier insbesondere zu beurteilenden aktuellen Sachverhalt an der Sache vorbei. Soweit die RAD-Ärztin ausführt, med. pract. D. \_\_\_\_\_ von der F. \_\_\_\_\_ habe eine frühere Verdachtsdiagnose "Psychose" nicht bestätigen können, greift dies zu kurz. Im Bericht der F. \_\_\_\_\_ vom 4. September 2015 (AB 1.23) werden vielmehr diverse Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, darunter auch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dependenten und schizoïden Zügen (ICD-10 F61). Zudem ging med. pract. D. \_\_\_\_\_ – entgegen dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. C. \_\_\_\_\_ und der RAD-Ärztin (AB 1.78 S. 13, 33 S. 12) – davon aus, dass mit einer Teilarbeitsfähigkeit von mehr als 20% auf längere Sicht nicht zu rechnen sei (S. 1).

Ferner hat die RAD-Ärztin den Bericht von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2019 (AB 16) in ihrer Stellungnahme vom 13. Februar 2020 (AB 33) nicht erwähnt. Dementsprechend fehlt auch eine Auseinandersetzung mit jenen Feststellungen der behandelnden Ärztin. Ob Dr. med. K. \_\_\_\_\_ die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) losgelöst von den ICD-10-Kriterien gestellt hat, wie dies die RAD-Ärztin kritisiert (AB 33 S. 11), ist nicht erstellt, zumal für Dr. med. K. \_\_\_\_\_ im bisherigen Verfahren noch kein Anlass für eine detaillierte Begründung der von ihr gestellten Diagnose bestand. Überdies ist die fragliche Diagnose auch am G. \_\_\_\_\_ gestellt worden (AB 27 S. 19 und 21), worauf Dr. med.

M.\_\_\_\_\_ keinen Bezug nimmt. Es fehlt im RAD-Bericht eine einlässliche und nachvollziehbare Auseinandersetzung sowohl mit der Feststellung von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, wonach eine wahnhafte paranoide Entwicklung vorliege, wie auch mit der von dieser attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit (AB 27 S. 13), was gegenüber dem Stand 2014 einer erheblichen Verschlechterung gleichkommen würde. Des Weiteren ist unklar, ob die von der RAD-Ärztin als ohne IV-Relevanz bezeichneten psychosozialen Belastungen (Konflikte mit dem Vermieter, Wohnungsumzüge, Konflikte mit dem Sohn, Kursleitern und finanzielle Schwierigkeiten; AB 33 S. 12) nicht etwa Folge der von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ erwähnten psychischen Erkrankung sind. Schliesslich sind die von der RAD-Ärztin erwähnte Besprechung (AB 33 S. 12) mit Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, dessen konkrete Einschätzung und auch die bidiziplinäre Beurteilung dieser beiden RAD-Ärzte nicht näher dokumentiert. Zusammenfassend bestehen hinreichende Zweifel (vgl. E. 3.4 hiervor) an der Beurteilung von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ vom 13. Februar 2020 (AB 33), weshalb nicht darauf abzustellen ist.

**3.5.3** In somatischer Hinsicht liegen zwar verglichen mit dem Jahr 2014 neue Diagnosen (u.a. CTS beidseits, Verdacht auf Dupuytren-Kontraktur Dig. IV links, Status nach Hysterektomie 2017, chronisches Panvertebralsyndrom mit möglichem lumboradikulärem Reizsyndrom S1 links; AB 17 S. 1, 31 S. 5) vor. Nachdem jedoch in diesem Zusammenhang weder vom Hausarzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ – gemäss seinen Angaben stehen vor allem die psychischen Probleme einer Eingliederung entgegen (AB 31 S. 7) – noch einem anderen Arzt eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden ist, sind diesbezügliche Abklärungen entbehrlich.

**3.6** Nach dem Dargelegten kann vorliegend die Frage nicht schlüssig beantwortet werden, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 26. März 2014 (AB 1.67) und der hier angefochtenen Verfügung vom 24. April 2020 (AB 37) eine (potentiell) anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist. Der Sachverhalt ist damit in psychiatrischer Hinsicht ungenügend abgeklärt. Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ein psychiatrisches Gutachten einholt, welches vorliegend angesichts der anamnestischen An-

gaben (vgl. dazu E. 3 hiavor) bei einer weiblichen Fachperson in Auftrag zu geben ist. Anschliessend hat sie – gegebenenfalls nach erwerblichen Abklärungen und nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens – über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu verfügen.

In Gutheissung der Beschwerde ist demnach die angefochtene Verfügung vom 24. April 2020 aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung.

#### **4.**

**4.1** 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.

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 Verfahrensausgang kommt die mit Verfügung vom 17. Juni 2020 gewährte unentgeltliche Rechtspflege nicht zum Tragen.

**4.3** Da der Aufwand für die Beschwerdeführung nicht das Mass dessen überstieg, was dem Einzelnen zur Besorgung eigener Angelegenheiten zugemutet werden darf, hat die anwaltlich nicht vertretene Beschwerdeführerin trotz ihres Obsiegens keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 24. April 2020 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. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

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.