

200 15 799 IV
SCJ/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 19. November 2015

Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. August 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1981 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 20. Februar 2012 unter Hinweis auf eine Störung der Magenentleerung erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Antwortbeilage [AB] 2). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 25) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 6. November 2012 ab (AB 27).

Am 4. Februar 2015 meldete sich die Versicherte wiederum bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 42). Daraufhin führte die IVB medizinische und erwerbliche Erhebungen durch und stellte der Versicherten nach Einholung einer Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD, AB 45) mit Vorbescheid vom 27. Februar 2015 (AB 46) ein Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht. Am 16. März 2015 erhob die Versicherte selbständig (AB 49 S. 1 f.) und am 26. März 2015 vertreten durch die B. _____ (AB 53 S. 1 f.) Einwand, wobei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht und verschiedene Arztberichte eingereicht wurden. Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme beim RAD (AB 69) verfügte die IVB am 6. August 2015 dem Vorbescheid entsprechend das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren (AB 70).

B.

Dagegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch die B. _____, mit Eingabe vom 11. September 2015 Beschwerde und stellte die folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Beschwerdeführerin seien, eventuell nach weiteren Abklärungen, die ihr gesetzlich zustehenden Leistungen der Invalidenversicherung bzw. eine entsprechende Invalidenrente seit wann rechtens zuzusprechen.

2. Es wird zudem beantragt, die Honorare für die ärztlichen Beurteilungen der behandelnden Ärzte Herr Dr. med. C. _____ und Frau Dr. med. D. _____ der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen bzw. bei der Bemessung der Parteientschädigung entsprechend zu berücksichtigen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolge –

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Oktober 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf 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 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 6. August 2015 (AB 70). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren zu Recht nicht eingetreten ist.

1.3 Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln Beschwerden gegen Nichteintretensverfügungen oder –entscheide als Einzelrichterin oder Einzelrichter (Art. 57 Abs. 2 lit. c 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 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie 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). 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).

2.2 Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein

gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

2.3 Die versicherte Person muss mit der Neuanschuldung (oder dem Revisionsgesuch) die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Wird in der Neuanschuldung (oder dem Revisionsgesuch) kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69).

2.4 Unter Glaubhaftmachen ist kein Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines "vollen Beweises" die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass der behauptete Sachverhalt eingetreten ist. Vielmehr genügt es, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsdarstellung nicht erstellen lassen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Grundsätzlich unterliegt das Glaubhaftmachen weniger strengen Anforderungen als im Zivilprozessrecht. Dort muss – im Gegensatz zum vollen Beweis – das Gericht

von der Richtigkeit der behaupteten Sachdarstellung immerhin überzeugt sein, wenn auch nicht vollständig und unter Ausschluss jeden Zweifels (SVR 2003 IV Nr. 25 S. 77 E. 2.2).

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

2.6 Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Unerlässlich sind Abklärungen, wenn die entsprechende Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch nicht erfolgt ist. Der Umstand, dass eine für die Beurteilung des Anspruchs unerlässliche Abklärungsmassnahme vor der Anmeldung zum Leistungsbezug durchgeführt wurde, ändert im Grundsatz nichts daran, dass der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu tragen hat (SVR 2014 IV Nr. 11 S. 45 E. 5.1 und 5.4).

3.

3.1 Zu beurteilen ist im vorliegenden Verfahren, ob die Beschwerdeführerin glaubhaft gemacht hat, dass sich der Sachverhalt in der Zeit zwischen der rechtskräftigen Verfügung vom 6. November 2012 (AB 27) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2015 (AB 70) in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hat (vgl. E. 2.5 hiavor).

3.2 Die ursprüngliche Verfügung vom 6. November 2012 (AB 27) stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der

Begutachtungsstelle E._____, (nachfolgend: E._____-Gutachten) vom 10. September 2012 (AB 23.2).

Die Experten diagnostizierten nach allgemeinmedizinischen, gastroenterologischen und psychiatrischen Untersuchungen epigastrische Beschwerden bei Gastroparese und Slow-Transit Constipation (Differenzialdiagnose generalisierte intestinale Dysmotilität), sonstige unspezifische Essstörungen (ICD-10 F50.8), somatoforme autonome Funktionsstörungen des oberen und unteren Verdauungssystems (ICD-10 F45.31/F45.32) bei deutlich verzögerter Magenentleerung mit konsekutiver Erschöpfung durch übermässige Anstrengung (ICD-10 T73.3), eine auffällige, neurotische Persönlichkeit mit pflichtbewussten, leistungsorientierten und abhängigen Anteilen (ICD-10 Z73.1) sowie einen übermässigen Gebrauch von Abführmitteln seit Jahren (S. 26).

In psychiatrischer Hinsicht wurde von Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin generell während dem ganzen längerdauernden Gespräch in ihrem Gesichtsausdruck müde und leicht erschöpft wirke. Im formalen Denken erweise sie sich unauffällig bis auf klare Anzeichen dafür, dass sie eigene Krankheitskonzepte im Zusammenhang mit ihrer Darmstörung, ihrer Nahrungsaufnahme und den entsprechenden Zusammenhängen zwischen Blähung, Schmerz, Müdigkeit, Hungergefühl und Essen habe. Die Beschwerdeführerin sei in ihrem Denken voll darauf fixiert, nur an einem somatischen Leiden erkrankt zu sein und wehre jegliche möglichen psychosomatischen Zusammenhänge ab (S. 17). Sie zeige eine reduzierte Frustrationstoleranz, sei rasch etwas missbefindlich. Generell wirke sie auf der Persönlichkeitsebene etwas neurotisch, leicht bizarr auffällig, etwas eigen, jedoch nicht im pathologischen Sinn (S. 18). Diagnostisch nehme er eine sonstige unspezifische Essstörung als Grundleiden an, pathognomonisch dafür spreche auch der jahrelange Abführmittelkonsum, der unterdessen zu einer Durchfallerkrankung geführt habe. Es müsse allerdings festgehalten werden, dass die psychosomatische Problematik der Beschwerdeführerin weitgehend im Unklaren bleibe. Die Bauchschmerzen, das Hungergefühl, die postprandiale Übelkeit und die ausgedehnte Erschöpfung könnten Hinweise auf eine larvierte Depressivität sein (S. 22).

In gastroenterologischer Hinsicht wurde von Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie FMH, ausgeführt, das Abdomen sei palpatorisch weich, es seien keine Resistenzen oder Dolenzen palpabel und die Darmgeräusche seien normal (S. 23).

Die Gutachter führten in der polydisziplinären Gesamtbetrachtung aus, der Beschwerdeführerin könne weder aus psychiatrischer Sicht noch aus gastroenterologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit als ... in naher Zukunft vollschichtig arbeitsfähig (S. 27 f.).

3.3 Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 8. August 2015 (AB 70) liegen insbesondere folgende Berichte zu Grunde:

3.3.1 Dr. med. H._____, Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, und Dr. med. I._____ diagnostizierten im Bericht vom 15. August 2014 (AB 49 S. 6 ff.) ein Globusgefühl mit Halsschwellung, erschwelter Atmung und Schwindel nach Haarfärbemitteln, Duftstoffen, Hygieneartikel und Frisörzubehör sowie chronische gastrointestinale Beschwerden mit Müdigkeit, Gliederschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe. Es bestünde weder Anhalt für eine allergische Genese noch für eine Nahrungsmittelallergie und auch nicht für eine Histaminintoleranz (S. 6). Die Ursache der vielfältigen Beschwerden bleibe auch unter Betrachtung aller durchgeführten Untersuchungen unklar (S. 7).

3.3.2 Die Beschwerdeführerin war vom 22. Oktober bis am 11. November 2014 in der Klinik J._____ ...in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 24. November 2014 (AB 49 S. 17 ff.) wurden insbesondere ein schweres Erschöpfungssyndrom, ein chronisches Schmerzsyndrom unklarer Ätiologie, ein Verdacht auf eine idiopathische Hypersomnie, eine arterielle Hypotonie, ein Nikotinabusus sowie ein Verdacht auf ein Restless Legs Syndrom diagnostiziert (S. 17). Bei der Beschwerdeführerin liege ein schweres Erschöpfungssyndrom mit depressivem Zustandsbild, Hypersomnie, beginnende Kachexie bei extrem einseitiger Ernährung, Zink- und Selenmangel vor. Verschiedenste Untersuchungsergebnisse hätten keine klare Erklärung liefern können für dieses sehr komplexe, schwere Krank-

heitsbild (S. 21). Leider hätten sie durch ihre Abklärungen keine ursächliche Erkrankung feststellen können. Die psychiatrische Abklärung hätte eindeutig eine schwer depressive Symptomatik gezeigt (S. 22).

3.3.3 Dr. phil. K._____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, diagnostizierte im Bericht vom 17. März 2015 (AB 49 S. 3 ff.) eine mittelgradige depressive Episode gemischt mit Angst (insbesondere Zukunftsangst), ohne Suizidalität (ICD-10 F32.1) sowie ein Chronic Fatigue Syndrom (ICD-10 F53.82) bei Abgeschlagenheit und Energielosigkeit, ferner bestünden kognitive Einschränkungen und die Beschwerdeführerin habe häufig Temperaturen um die 38 Grad. Dadurch sei sie in der Lebensqualität eingeschränkt, was sich auf die täglichen Verrichtungen, die Arbeit und die Teilhabe am sozialen Leben drastisch auswirke. Das Chronic Fatigue Syndrom erweise sich als therapierefraktär (S. 3).

3.3.4 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, führte im Bericht vom 29. März 2015 (AB 57) aus, es seien zwei Differentialdiagnosen in Frage gekommen: Ein Multi-Chemikalien-Sensitivitätssyndrom oder ein Chronic Fatigue Syndrom. Die Beschwerdeführerin erfülle mit grösster Wahrscheinlichkeit die diagnostischen Kriterien für eine sogenannte Myalgische Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrom, welches vom Institute of Medicine neu als Systemic Exertion Intolerance Disease definiert werde (S. 1). Bei der Beschwerdeführerin sei die Lebensqualität deutlich niedriger und die körperliche Erschöpfung definitiv deutlich höher, als bei Patienten mit anderen schwerwiegenden Erkrankungen wie Krebs oder Herzinsuffizienz. Dabei reagiere sie auf physikalische Reize wie Lärm, Gerüche etc. mit erhöhter Stressanfälligkeit sowie mit Augenbeschwerden, Kopf- und Abdominalschmerzen, Übelkeit, Malaise und Müdigkeit (S. 2). Es sei anamnestisch davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin dabei eine Vielzahl von Chemikalien, unter anderem synthetische Duftstoffe in Seifen-, Spül-, Wasch- und Reinigungsmitteln, vor allem aus ihrem beruflichen, aber auch – wenn auch weniger – aus dem heimischen Umfeld eine Rolle spielten. Daneben spielten zusätzlich Aromastoffe, Emulgatoren und Farbstoffe in Lebensmitteln eine zentrale Rolle, weshalb die Beschwerdeführerin immer wieder die Erfahrung gemacht habe, dass sie durch „normale“ Ernährung in eine akute

Krise kommen könne. Schliesslich reichten aber auch Innenraumbelastungen aus Teppichen, Möbeln oder Textilien zur Auslösung einer Symptomatik aus. Daraus liessen sich fast alle der bisher nicht erklärbaren Symptome der Beschwerdeführerin, wie deren eindrückliche Asthenie und Energielosigkeit, die mannigfaltigen energiebedingten Funktionsstörungen in Darm und Immunsystem erklären (S. 57).

3.3.5 Dr. med. D. _____, Fachärztin für Neurologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 21. April 2015 (AB 64 S. 4 f.) nach Durchführung einer Polysomnographie eine depressive Störung, einen Verdacht auf eine Migräne ohne Aura, differentialdiagnostisch Kopfschmerzen vom Spannungstyp sowie einen Verdacht auf ein Restless Legs Syndrom. Die Fachärztin führte aus, die Polysomnographie hätte keine Hinweise für ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und keine Hinweise auf periodische Bewegungen im Schlaf gezeigt (S. 4). Die neurologischen Untersuchungsbefunde seien vollständig normal. Insgesamt mache die Beschwerdeführerin einen depressiven Eindruck und sie (die Fachärztin) sehe auch die Schlafstörungen und die am Tag bestehende Abgeschlagenheit als Symptom der Depression (S. 5).

3.3.6 Dr. med. C. _____ diagnostizierte im Bericht vom 1. Juni 2015 (AB 63 S. 2 ff.) insbesondere eine myalgische Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrom oder nach neuster Nomenklatur, Systemic Exertion Intolerance Disease. Er führte aus, die Beschwerdeführerin klage über chronisch reduzierte Energie und Untergewicht als Folge einer wechselnden Reaktion auf multiple Nahrungsmittel, Inhalations- sowie Kontaktstoffe im beruflichen Umfeld als ... mit abdominalen, kutanen wie muko-kutanen und vegetativer Symptomatik, unter anderem extreme Obstipation. Sie brauche vier Movicol pro Tag seit Jahren mit ausgeprägten Bauchschmerzen und Blähungen, wenn sie nicht nur Kartoffeln esse. Seit einem Jahr ernähre sie sich ausschliesslich von Kartoffeln. Sie habe grosse Mühe beim Gehen vor lauter Schwäche und ständiges Kopfweh und Gliederschmerzen. Sie habe Mühe mit Einschlafen, erwache morgens bereits um vier Uhr wegen Darmbeschwerden, habe Alpträume, sei vergesslich, habe Konzentrationsprobleme, möge nicht reden, habe Mühe mit dem Sehen. Sie sei antriebslos, weinerlich und habe verschiedene Ängste (S. 2). Dr. med. C. _____

fürhte weiter aus, es liege ein jahrelanger schwerwiegender Verlauf vor, der bisher weder durch schulmedizinische Abklärungen noch Therapien habe beeinflusst werden können (S. 3). Eine Rückkehr in das berufliche Reizklima bleibe für die Beschwerdeführerin ausgeschlossen (S. 4 Ziff. 8). Aus heutiger Sicht lasse sich keine angepasste Tätigkeit erkennen, welche der Beschwerdeführerin zumutbar wäre (S. 4 Ziff. 10).

3.3.7 Die RAD-Ärztin Dr. med. L. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, führte in der Stellungnahme vom 30. Juli 2015 (AB 69 S. 3 ff.) aus, dass laut den Ergebnissen der Polysomnographie kein obstruktives Schlaf Apnoe Hypopnoe Syndrom bestehe und dass klinisch keine Hinweise für ein Periodic Limb Movement Syndrom bestünden (S. 3). Sämtliche Symptome und Befunde, welche der Hausarzt Dr. med. C. _____ aktuell vorbringe, entsprächen exakt den Beschwerden und Ergebnissen, die man auch bei einer Mangel- bzw. Fehlernährung antreffe. Die Ausführungen von Dr. med. C. _____ zum festgestellten IgG im Blut der Beschwerdeführerin und die Idee einer Nahrungsmittelallergie gegen fast alle Lebensmittel entsprächen nicht den aktuellen Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (S. 4). Die Beschwerdeführerin sei bis heute in keiner fachärztlichen psychiatrischen Behandlung bei einem vom Bundesamt für Gesundheit anerkannten Psychiater. Die behandelnden Ärzte brächten keine diagnostisch und adäquaten nach ICD-10 codierten Störungen/Diagnosen vor. Eine Essstörung führe nicht zu einer Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit, sondern sei therapierbar (S. 5).

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5 Aus den oben genannten medizinischen Unterlagen ergibt sich, dass im Rahmen der Neuanmeldung keine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen glaubhaft gemacht wurde. Bereits anlässlich des E. _____-Gutachtens stand diagnostisch eine unspezifische Essstörung im Vordergrund (AB 23.2 S. 22), wobei zusätzlich ein wesentlicher psychosomatischer Hintergrund vermutet wurde (AB 23.2 S. 20 f.). Die Beschwerdeführerin hielt dagegen an einem organischen Krankheitsmodell fest und wehrte alle möglichen psychosomatischen Zusammenhänge ab (AB 23.2 S. 17, 27). Daran hat sich seit der Verfügung vom 6. November 2012 (AB 27) nicht viel verändert, obschon der behandelnde Hausarzt Dr. med. C. _____ neu eine myalgische Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrom diagnostiziert (AB 63 S. 2). Letztlich werden in den Arztberichten des Hausarztes (AB 63 S. 2 ff.; AB 57 S. 1 ff.) im Wesentlichen dieselben gesundheitlichen Beschwerden (insbesondere Erschöpfung, Schwäche und Müdigkeit, Schwindel, Bauchschmerzen und Blähungen, Übelkeit, Obstipation, Untergewicht, Schlafprobleme und Antriebslosigkeit) aufgeführt, wie sie bereits im Rahmen der ersten Anmeldung zum Leistungsbezug im Jahre 2012 bekannt waren und bereits damals von den Gutachtern als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt wurden (AB 23.2 S. 27). Damit liegt mit der myalgischen Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrom lediglich eine neue diagnostische Zuordnung des bereits seit längerer Zeit bestehenden Beschwerdebildes vor. Dafür spricht auch, dass Dr. med. C. _____ auf einen jahrelangen schwerwiegenden Verlauf hinweist, der

bisher weder durch schulmedizinische Abklärungen noch Therapien habe beeinflusst werden können (AB 63 S. 3).

Auch die vom Psychologen Dr. K. _____ diagnostizierte mittelgradige depressive Episode (AB 49 S. 3) stellt keine wesentliche (gesundheitliche) Veränderung seit der Verfügung vom 6. November 2012 (AB 27) dar. So wurde bereits vom psychiatrischen Teilgutachter Dr. med. F. _____ eine larvierte Depression vermutet (AB 23.2 S. 22). Schliesslich haben ebenso die allergologische Untersuchung und die Polysomnographie keine Hinweise auf eine Neuerkrankung geliefert. So hat die allergologische Untersuchung ergeben, dass weder eine Allergie noch eine Histaminintoleranz besteht (AB 49 S. 6). Die durchgeführte Polysomnographie hat keine Hinweise auf ein obstruktives Schlafapnoe Syndrom und keine Hinweise auf periodische Bewegungen im Schlaf gezeigt. Gemäss den Ausführungen von Dr. med. D. _____ sind die neurologischen Untersuchungsbefunde denn auch vollständig normal (AB 64 S. 4 f.).

Zusammenfassend ergibt sich – entsprechend den Ausführungen der RAD-Ärztin (AB 69 S. 3 ff.) und denjenigen in der Verfügung vom 6. August 2015 (AB 70) –, dass gestützt auf die neu eingereichten medizinischen Berichte keine Neuerkrankung vorliegt, welche zu einer lang anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt. Es liegt lediglich eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen bereits zum Zeitpunkt der Verfügung vom 6. November 2012 (AB 27) bestehenden medizinischen Sachverhalts vor.

3.6 Die in der Beschwerde (S. 3) vorgebrachte Rüge, die im Vorbescheidverfahren beantragten medizinischen Abklärungen seien nicht vorgenommen worden, ist unbegründet. In diesem Stadium des Verfahrens ist es nicht Sache der Verwaltung, Abklärungen durchzuführen (wie z.B. das Einholen von Berichten des Hausarztes sowie anderer behandelnder und untersuchender Ärzte). Vielmehr hat (vorab) die versicherte Person substantielle Anhaltspunkte bzw. eine massgebliche Tatsachenänderung für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs glaubhaft zu machen. Der Untersuchungsgrundsatz spielt insoweit nicht (vgl. E. 2.3 hiavor).

3.7 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerdegegnerin auf die Neuankündigung vom 4. Februar 2015 (AB 42) zu Recht nicht eingetreten, weshalb

die angefochtene Verfügung vom 6. August 2015 (AB 70) nicht zu beanstanden und die Beschwerde daher abzuweisen ist.

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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Dem Begehren der Beschwerdeführerin, wonach die Honorare für die ärztlichen Beurteilungen der behandelnden Ärzte der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen seien (Beschwerde S. 2), ist nicht zu entsprechen. Die Arztberichte von Dr. med. C._____ und Dr. med. D._____ waren nicht unerlässlich für die Beurteilung des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung (vgl. E. 2.6 hiavor).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

3. Er wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

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.