

200 16 1055 IV  
GRD/IMD/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 21. Februar 2017**

Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiber Imhasly

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. September 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1961 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im April 2011 unter Hinweis auf eine am 28. Juli 2009 erlittene Fraktur des rechten Sprunggelenks bzw. Fusses bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegründerin) nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor, namentlich holte sie die Akten der zuständigen Unfallversicherung ein (AB 18.1-18.6) und veranlasste eine orthopädisch-traumatologische sowie eine psychiatrische Begutachtung der Versicherten (Gutachten vom 1. Dezember 2011 bzw. 30. April 2012; AB 30 bzw. 35.1). Sowohl das orthopädisch-traumatologische Gutachten als auch die Antwort der Gutachter auf die im Nachgang hierzu gestellten Erläuterungsfragen (AB 40) wurden vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn als unbrauchbar beurteilt (AB 43), worauf die IVB eine polydisziplinäre Begutachtung bei der MEDAS in Auftrag gab (Gutachten vom 19. März 2013; AB 53). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 56, 62, 64) verneinte die IVB mit Verfügung vom 13. Juni 2013 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (AB 65). Die hiergegen erhobene Beschwerde (AB 70) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit unangefochten gebliebenem Urteil vom 19. November 2013, IV/13/692, ab (AB 73).

### **B.**

Im Mai 2016 meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung verwies sie auf chronische invalidisierende Schmerzen in mehreren Bereichen des Bewegungsapparates, eine eingeschränkte Mobilität und chronische Erschöpfung mit depressiver Stimmungslage seit 2009 (AB 81). Mit Schreiben vom 16. Mai 2016 (AB 86) forderte die IVB die Versicherte unter Hinweis auf die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen auf, mittels medizi-

nischen Unterlagen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 13. Juni 2013 zu belegen. Die daraufhin bei ihr eingegangenen medizinischen Unterlagen (AB 88) legte die IVB dem RAD zur Beurteilung vor (AB 89). Der RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, kam im Bericht vom 8. Juli 2016 (AB 90) zum Schluss, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Entscheid vom 13. Juni 2013, die sich nachhaltig auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirke, sei nicht glaubhaft gemacht. Mit Vorbescheid vom 14. Juli 2016 (AB 91) stellte die IVB der Versicherten das Nichteintreten auf das erneute Leistungsgesuch in Aussicht. Nach dagegen erhobenen Einwänden (AB 93) verfügte die IVB am 27. September 2016 wie angekündigt (AB 95).

### C.

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 28. Oktober 2016 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 27. September 2016 sei aufzuheben und es sei ein gerichtliches Gutachten, insbesondere zur Frage der Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. der neuen Diagnosen, einzuholen; sodann sei neu über den Leistungsanspruch zu befinden.
2. Eventualiter sei die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 27. September 2016 aufzuheben und die Angelegenheit zwecks weiterer medizinischer Abklärungen bzw. materieller Prüfung des Leistungsanspruchs an die IV-Stelle zurückzuweisen.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolge -.

Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, die Beschwerdegegnerin hätte nicht abschliessend auf die Einschätzungen des RAD abstellen dürfen. Aufgrund des Berichts des behandelnden Facharztes sei von einer anspruchserheblichen Verschlechterung auszugehen, welche die materielle Beurteilung des Leistungsanspruches erforderlich mache.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Dezember 2016 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Sie macht geltend, die Beschwerdeführerin habe eine Verschlechterung

des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft machen können. Die diesbezüglichen Ausführungen des RAD seien überzeugend.

## **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 27. September 2016 (AB 95). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom Mai 2016 (AB 81) hätte eintreten und den Leistungsanspruch prüfen müssen.

**1.3** Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln als Einzelrichterin oder Einzelrichter Beschwerden gegen Nichteintretensverfügungen oder -entscheide (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 vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). 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 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. Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; der Sachverhalt muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Es genügt, 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. 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 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

**2.4** 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 Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

### **3.**

**3.1** Zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin eine erhebliche Änderung des Sachverhalts, die geeignet ist, ihren Anspruch auf Leistungen der IV zu beeinflussen, in zureichender Weise glaubhaft gemacht hat (vgl. E. 2.3 hiervor). Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenabweisenden Verfügung vom 13. Juni 2013 (AB 65) mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 27. September 2016 (AB 95).

**3.2** In medizinischer Hinsicht stellte die Beschwerdegegnerin bei Erlass der Verfügung vom 13. Juni 2013 (AB 65) im Wesentlichen auf das Gutachten der MEDAS vom 19. März 2013 (AB 53) ab, welchem voller Beweiswert zukommt (vgl. VGE IV/13/692, E. 3.2). Darin finden sich die folgenden Diagnosen (S. 38):

**Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**

Keine

**Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**

- Chronisches Schmerzsyndrom OSG rechts bei
  - St. n. OSG-Fraktur rechts mit Syndesmose-Ruptur am 28.07.2009
  - St. n. Platten-/Schraubenosteosynthese inklusive Stellschraube OSG rechts am 18.08.2009
  - St. n. Stellschraubenentfernung OSG rechts am 02.10.2009
  - St. n. Metallentfernung OSG rechts und OSG-Infiltration rechts am 16.03.2010
  - Ohne neurologisches Korrelat
- Migräne ohne Aura
- Morbide Adipositas (BMI 42)
- Arterielle Hypertonie
- Verdacht auf Diabetes mellitus Typ II
- Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F05.4 [richtig: F54]) seit Unfall 2009
- Verdacht auf histrionische Verhaltensauffälligkeit mit Rückzugsverhalten, abhängigen und hilflosen Persönlichkeitsanteilen mit möglichem sekundärem Krankheitsgewinn (ICD-10: Z73.1).

Die Gutachter hielten zusammenfassend fest, bei der Explorandin sei eine Migräne seit ihrer Jugend bekannt, die mittels Basistherapie erfolgreich habe behandelt werden können und welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke. Bis 2009 sei die Explorandin in der Metallbranche tätig und als Feinmechanikerin mit Bedienung von drei verschiedenen Maschinen beschäftigt gewesen. Sie habe im Juli 2009 eine bimalleoläre Fussfraktur rechts mit Syndesmose-Ruptur erlitten, weswegen sie zweimal habe operiert werden müssen. Seit diesem Unfall beklage die Explorandin Schmerzen im rechten OSG-Bereich und gebe an, dass die Schmerzen im letzten Jahr noch zugenommen hätten.

Die von der Explorandin angegebenen Schmerzen im rechten Unterschenkel könnten weder aus orthopädischer noch aus neurologischer Sicht erklärt werden. Anlässlich der Untersuchung hätten weder eine Asymmetrie

der Muskulatur noch der Beschwielung beider Fusssohlen festgestellt werden können. Die Explorandin sei als normal gehfähig zu betrachten. Das Benützen von Amerikanerstöcken sei nicht notwendig. Der angiologische Befund sei sowohl im arteriellen als auch im venösen Bereich völlig unauffällig. Das diskrete Lymphödem habe keinen Krankheitswert.

Im allgemeinmedizinischen und internistischen Bereich seien diverse Erkrankungen diagnostiziert worden. Hier sei festzuhalten, dass die Explorandin nach ihrem Unfall etwa 20 kg an Körpergewicht zugenommen habe, sodass sie heute ein metabolisches Syndrom entwickelt habe, welches jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Explorandin habe.

Psychiatrisch, klinisch und psychopathologisch, falle eine weitgehend unauffällige Persönlichkeit auf, die sich jedoch darauf berufe, wegen des rechten Fusses total invalid zu sein. Dabei erweise sie sich im täglichen Alltag und in ihrem Sozialverhalten etwas histrionisch, indem sie sich auf die Hilfe der Familienangehörigen total verlasse und unterdessen auch alleine das Haus nicht mehr verlasse. Die Versicherte zeige jedoch klinisch weder Hinweise auf eine depressive Symptomatik noch eine Angststörung, noch auf eine anderweitige psychiatrische invalidisierende Problematik. Auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne nicht ausgemacht werden, da die Versicherte nicht über einen dauernden quälenden Schmerz berichte und auch keine wesentlichen emotionalen und psychosozialen Konflikte vorlägen. Die gezeigte, nur mässig ausgestaltete histrionische Verhaltensauffälligkeit im Sinne einer totalen Hilflosigkeit könne mit einer psychiatrischen Erkrankung überhaupt nicht erklärt werden. Es liege eine Selbstlimitierung vor, die mit der Klinik und der Psychopathologie nicht in Einklang gebracht werden könne. Die Versicherte berufe sich darauf, alleine das Haus nicht mehr verlassen zu können, sodass die Wegfähigkeit gesichert eingeschränkt sei, wobei diese Einschränkung nicht auf ein psychiatrisches Leiden zurückzuführen sei, sondern andere Faktoren eine Rolle spielten. Transkulturelle Verarbeitungsfaktoren, ein möglicher sekundärer Krankheitsgewinn oder Krankenrolle wie viele andere Faktoren mehr dürften mit eine Rolle spielen, weswegen die Versicherte sich nirgends mehr arbeitsfähig fühle. Trotzdem könne klinisch selbst eine leichte depressive Fehlentwicklung nicht ausgemacht werden. Die Versicherte sei zu

Spässen aufgelegt, sei vigil, wach, zeige einen guten Antrieb, habe die Sozialkompetenz nicht aufgegeben, ausser das Autofahren, aber auch dies wegen den Schmerzen im rechten Fuss. Die total gezeigte Hilflosigkeit und Berufsunfähigkeit der Versicherten könne psychiatrisch nicht erklärt werden. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Arbeitsunfähigkeit ausgemacht werden. Die Versicherte könnte in jeder Tätigkeit beruflich eingesetzt werden (AB 53 S. 39 f.).

In der Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass keine Erkrankungen diagnostiziert werden können, die auf die bisherige Tätigkeit der Explorandin einen Einfluss haben könnten. Somit sei sie in der bisherigen Tätigkeit als vollumfänglich arbeitsfähig zu betrachten und zwar spätestens 6-8 Wochen nach der Metallentfernung OSG rechts und der OSG-Infiltration rechts vom 16. März 2010 (AB 53 S. 41).

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit Erlass der Verfügung vom 13. Juni 2013 (AB 65) ist den Akten das Folgende zu entnehmen:

**3.3.1** Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 13. Juli 2015 (AB 88 S. 9 f.) wurden die folgenden Diagnosen festgehalten: Muskulo-skelettale Thoraxschmerzen mit/bei bekannter Fibromyalgie sowie klinisch und elektrisch negativer Ergometrie und kardiovaskuläre Risikofaktoren (Hypertonie, Hypercholesterinämie, Adipositas permagna). Die Beschwerden der Patientin seien sehr suggestiv für etwas Muskulo-skelettäres, woran kaum zu zweifeln sei. Trotzdem sei auf Wunsch der Patientin eine kardiologische Untersuchung mit Ruhe-EKG und Belastungs-EKG durchgeführt worden. Beide seien völlig normal ausgefallen. Von kardialer Seite bestehe somit kein Handlungsbedarf.

**3.3.2** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, hielt im Bericht vom 13. Juni 2016 (AB 88 S. 1 f.) fest, die Patientin leide seit mehr als sechs Jahren an der Schmerzkrankheit (pain disease). In den letzten zwei Jahren habe sich die Symptomatik massiv verschärft, sodass die Patientin kaum die minimalen Haushaltsverpflichtungen bewältigen könne. Er betreue sie schmerzmedizinisch seit mehr als vier Jahren. Kaum eine bekannte Therapie sei ausgelassen worden. Diese hätten zwar vor-

übergehende Besserung, aber nie einen dauerhaften Fortschritt in der Heilung gebracht. Das plötzliche Ableben des Ehemannes habe die Patientin in die psychische, emotionale und soziale Tiefe gestürzt. Kognitiv sei das Ereignis verarbeitet und geschlossen worden, aber die emotionalen Folgen für die Weiterentwicklung der chronischen Schmerzen seien verheerend gewesen. Die soziale Anamnese habe gezeigt, dass die Patientin nicht im Stande gewesen sei, die Bewältigungsstrategien im Alltag umzusetzen. In dieser Situation könne mit Sicherheit behauptet werden, die Erwerbsunfähigkeit sei vollumfänglich.

**3.3.3** Am 8. Juli 2016 nahm der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ Stellung zum Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_\_. Er führte im Wesentlichen aus, die vom behandelnden Arzt geschilderten somatischen Beschwerden seien bereits im Rahmen des Gutachtens der MEDAS vom 19. März 2013 (AB 53) beurteilt worden. Eine diesbezügliche Verschlechterung werde nicht glaubhaft dargelegt. Vom behandelnden Arzt werde nicht aufgeführt, inwiefern und in welchem Ausmass die Zunahme der "Schmerzkrankheit" in den vergangenen Jahren aktuell zu körperlichen Einschränkungen führten, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirkten. Hinsichtlich der neu geklagten psychiatrischen Beschwerden fehle es an einer fachärztlichen Einschätzung, welche einen Einfluss dieser Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit objektivieren könnte. Insofern sei auch diesbezüglich eine Verschlechterung nicht glaubhaft gemacht (AB 90).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin hat sich beim Erlass der Nichteintretensverfügung (AB 95) massgeblich auf den Bericht des RAD vom 8. Juli 2016 (AB 90) gestützt. Dieser erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an den Beweiswert von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) und überzeugt. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ setzt sich darin detailliert mit der vom behandelnden Arzt im Bericht vom 13. Juni 2016 (AB 88 S. 1 f.) geschilderten Symptomatik auseinander und legt schlüssig dar, dass sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden – soweit bereits damals vorhanden – nicht anders darstellen als zum Zeitpunkt der Begutachtung in der MEDAS. Ebenfalls weist er in überzeugender Weise darauf hin, dass es bezüglich der in den früheren Berichten nicht erwähnten Beschwerden "Katastrophieren und Rumination" an einer psychiatrischen Einschätzung

fehlt. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ schweigt sich in seinem Bericht denn auch darüber aus, inwiefern sich diese Beschwerden überhaupt auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken sollen. Nach dem Gesagten kommt dem Bericht des RAD-Arztes voller Beweiswert zu. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, führt zu keinem anderen Ergebnis:

**3.4.1** Die Beschwerdeführerin führt zunächst aus, bereits aufgrund der Aussagen des behandelnden Arztes, wonach sich die Symptomatik massiv verschärft habe, sodass die Patientin kaum die minimalen Haushaltspflichten bewältigen könne und mit Sicherheit eine vollumfängliche Erwerbsunfähigkeit vorliege, sei von einer anspruchserheblichen Veränderung auszugehen, welche eine materielle Abklärung des Leistungsanspruches erforderlich mache (Beschwerde S. 5 Ziff. 3). Hierzu ist festzustellen, dass der behandelnde Arzt die "massive Verschärfung" in keiner Weise begründet. Er belässt es im Wesentlichen bei der Beschreibung der Symptomatik, ohne die von ihm bzw. der Beschwerdeführerin postulierte Verschlechterung gegenüber dem Zeitpunkt der Begutachtung in der MEADS zu erläutern. Soweit der behandelnde Arzt eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes aufgrund des plötzlichen Ablebens des Ehemannes festhält, ist dazu zu sagen, dass dieses Ereignis im Jahre 2010 stattfand und von den MEDAS-Gutachtern denn auch in ihren damaligen Überlegungen berücksichtigt worden ist (AB 53 S. 31 ff.). Inwiefern in diesem Zusammenhang eine Verschlechterung eingetreten sein soll, geht aus dem Bericht vom 13. Juni 2016 nicht hervor.

**3.4.2** Die Tatsache, dass der RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nicht über einen Facharztstitel in den Disziplinen Psychiatrie oder Neurologie verfügt (Beschwerde S. 5 f. Ziff. 4), vermag den Beweiswert seines Berichtes nicht zu erschüttern, ist doch ein Arzt unabhängig seiner Fachrichtung in der Lage, eine vergleichende Würdigung – auch fachfremder – medizinischer Akten vorzunehmen.

**3.4.3** Die Beschwerdeführerin macht abschliessend geltend, die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, die von ihr in der Anmeldung erwähnte neue Diagnose "fibromyalgie life syndrom" bzw. die Aktivierung einer "Schmerzkrankheit" mit bereits vorbestehenden Tendenzen weiter abzuklären (Beschwerde S. 6 Ziff. 5). Diese Rüge zielt offensichtlich ins

Leere, findet sich eine entsprechende Diagnose doch auch im Bericht des behandelnden Arztes nicht, mittels welchem die Beschwerdeführerin eine eingetretene Verschlechterung zu belegen versucht. Die von diesem erwähnte, seit sechs Jahren bestehende "Schmerzkrankheit" wurde bereits im MEDAS-Gutachten vom 19. März 2013 (AB 53) eingehend untersucht und konnte mit keinem objektivierbaren, pathomorphologischen Korrelat in Einklang gebracht werden. Eine diesbezügliche Verschlechterung ist mit dem Bericht des behandelnden Arztes nicht erstellt, wie der RAD-Arzt zutreffend festgestellt hat. Insofern war die Beschwerdegegnerin denn auch nicht verpflichtet, weitere Abklärungen vorzunehmen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist es in diesem Stadium des Verfahrens nicht Sache der Verwaltung, vertiefte medizinische Abklärungen durchzuführen. Im Rahmen einer Neuanschuldung hat vielmehr in erster Linie die versicherte Person substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach von Amtes wegen für die Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen ist, gilt im Rahmen einer Neuanschuldung nur eingeschränkt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 18. September 2009, 9C\_312/2009, E. 2.4 [Verwaltungsverfahren]) bzw. nicht (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69 [Gerichtsverfahren]).

**3.5** Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdeführerin eine erhebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustands nicht glaubhaft gemacht. Vielmehr ist weiterhin von einer invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Selbstlimitierung auszugehen (AB 53 S. 36). Damit erweist sich die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 27. September 2016 (AB 95) als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### **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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Angesichts ihres Unterliegens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

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.