

200 18 564 IV
KOJ/COC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 31. Januar 2019

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwalt Daniel C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Juni 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1960 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 22. November 2004 unter Hinweis auf einen Herzklappenfehler, „Schmerzen Augen und Augenhöhle“, Schlafstörungen, Depressionen und einen Tinnitus bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Nach medizinischen und erwerblichen Erhebungen verneinte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) mit Verfügung vom 4. April 2005 (AB 13) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens einen Anspruch auf IV-Leistungen. Auf eine hiergegen erhobene Einsprache (AB 15) trat die IVB mit Entscheid vom 5. Juli 2005 (AB 22) nicht ein.

Im weiteren Verlauf trat die IVB mit Verfügung vom 6. Oktober 2006 (AB 28) auf eine Neuanmeldung vom 30. Juni 2006 (AB 23) mangels wesentlicher Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht ein.

Am 7. Juli 2010 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf verschiedene gesundheitliche Beeinträchtigungen wie dauernde Gelenkschmerzen (Fibromyalgie), Schlafstörungen, Tinnitus, Albträume sowie Kopf- und Augenschmerzen wiederum bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 30). Daraufhin führte die IVB medizinische Erhebungen durch. Dabei veranlassete sie eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. D. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Expertise vom 29. November 2012; AB 66.1). Mit Verfügung vom 1. März 2013 (AB 70) verneinte die IVB mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens erneut einen Anspruch auf IV-Leistungen. All diese Verfügungen resp. der Entscheid vom 5. Juli 2005 blieben unangefochten.

B.

Am 5. Januar 2016 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Fibromyalgie, Schlafprobleme, Tinnitus, Depressionen, Müdigkeit, Albträu-

me und Konzentrationsschwierigkeiten ein weiteres Mal bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 81). Daraufhin führte die IVB weitere medizinische Erhebungen durch. Dabei fand auf Anraten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 104) eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung durch Dr. med. E. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, statt (Expertise vom 25. Juli 2017; AB 119.1). Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD (AB 124, 126) und einer Nachuntersuchung durch Dr. med. E. _____ (Expertise vom 23. Dezember 2017; AB 133) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 14. März 2018 (AB 134) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Verneinung des Anspruchs auf Leistungen der IV in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (AB 137). Nach Rücksprache mit dem RAD (AB 143) verfügte die IVB am 22. Juni 2018 wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Leistungsbegehren ab (AB 144).

C.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt C. _____ von B. _____, am 14. August 2018 Beschwerde und beantragte die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer IV-Rente.

In der Beschwerdeantwort vom 14. September 2018 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 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 22. Juni 2018 (AB 144). 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).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

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

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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 bezüg-

lich 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 über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201], vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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 Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHJ 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Aus den Akten wird ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom 5. Januar 2016 (AB 81) eingetreten ist. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 1. März 2013 (AB 70) und der hier angefochtenen Verfügung vom 22. Juni 2018 (AB 144) eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 2.5 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 1. März 2013 (AB 70), in welcher die Beschwerdegegnerin unter Anwendung der damaligen Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen zum Schluss kam, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden besteht, basierte insbesondere auf folgenden Berichten:

3.2.1 Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 28. Oktober 2009 (AB 40 S. 9 ff.) insbesondere ein generalisiertes Schmerzsyndrom und einen Verdacht auf ein Chronic Iron Deficiency Syndrom mit chronischer Müdigkeit (S. 9). Seit Herbst 2001 beständen Schmerzen im Bereich des gesamten Bewegungsapparates, wandernden Charakters und wechselnder Prädominanz. Diese seien seit 2006 zunehmend in den Vordergrund getreten, bis dahin seien vor allem die cervico- und lumbospondylogenen Beschwerden beidseits im Vordergrund gestanden (S. 11). Die Beschwerdeführerin sei für eine leichte körperliche Arbeit mit häufigem Wechsel der Körperposition und ohne Arbeit in unphysiologischer Stellung sämtlicher Wirbelsäulen-Abschnitte 100% arbeitsfähig (S. 12).

3.2.2 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 17. März 2011 (AB 40 S. 2 ff.) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere ein generalisiertes Schmerzsyndrom, ein chronisches cervico- resp. lumbospondylogenes Syndrom, eine Dys-thymie (ICD-10 F34.1) und eine nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0; S. 2). Er attestierte seit ca. 2005 bis 9. Dezember 2010 eine 75%-ige, vom 9. Dezember 2010 bis 9. Januar 2011 eine 100%-ige und ab dem 10. Januar 2011 eine 75%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 f.). Es bestehe eine Stres-

sintoleranz. Bei geringer Belastung nahmen die Schmerzen zu. Zudem falle die Leistungsfähigkeit bei geringem psychischem Leistungsdruck zusammen (S. 6).

3.2.3 Dr. med. F._____ gab im Bericht vom 29. Juni 2011 (AB 50 S. 8) an, nach dem Tod des langjährigen Lebenspartners im September 2010 sei es zu einer zunehmenden Dekompensation und einer ausgeprägten Insomnie gekommen. Damit sei eine richtungsweisende Verschlimmerung der psychischen Gesamtsituation und der Schmerzkrankheit eingetreten. Dr. med. F._____ empfahl eine psychiatrische Begutachtung.

3.2.4 Dr. med. D._____ diagnostizierte im Gutachten vom 29. November 2012 (AB 66.1) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Neurasthenie (ICD-10 F48). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte sie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) und eine Fibromyalgie an (S. 18). Eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60) bestehe nicht (S. 21 f.). Die Beschwerdeführerin klagt über eine erhöhte Erschöpfbarkeit, schlechten Schlaf und multiple Beschwerden, die bei Stress zunehmen (S. 22). Sie habe sich im Laufe des Lebens immer wieder überfordert und entwertet gefühlt. In Konfliktsituationen könne sie sich nicht behaupten, Arbeitsverhältnisse würden dann abgebrochen. Sie könne sich an Regeln und in Gruppen anpassen und ihre Aufgaben selbstständig strukturieren. Im Kontakt sei sie freundlich, sie könne sich entscheiden. In der Wegefähigkeit und in der Selbstpflege bestünden keine Einschränkungen. Sowohl in der bisherigen Tätigkeit (in der Produktion bei einer repetitiven Tätigkeit) als auch in einer angepassten Tätigkeit (einfach strukturierter, übersichtlicher Arbeitsplatz, ohne Zeitdruck) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von sechs Stunden am Tag ohne zusätzliche Leistungsminderung (S. 23 f.).

3.3 Der angefochtenen Verfügung vom 22. Juni 2018 (AB 144) liegen insbesondere folgende Berichte zugrunde:

3.3.1 Dr. med. F._____ diagnostizierte im Bericht vom 15. Januar 2016 (AB 84) ein generalisiertes Schmerzsyndrom (anamnestisch beginnend seit Herbst 2001 mit Krankheitswert seit 2006 und ausgeprägt verstärkte Symptomatik seit September 2014 mit zunehmendem Krankheits-

wert) mit/bei erfüllten Kriterien für Fibromyalgie, einem chronischen cervico- resp. lumbospondylogenen Syndrom, biopsychosozialer Problematik, einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung und einer zentralen Sensibilisierung. Ferner führte er einen Verdacht auf ein Chronic Iron Deficiency Syndrom mit chronischer Müdigkeit, ein Colon irritabile, eine Hyperlaxität, einen Tinnitus und anamnestisch einen Verdacht auf idiopathische supra-ventrikuläre Tachykardien auf (S. 1). Seit mindestens einem Jahr resp. Herbst 2014 lägen Umstände vor, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behinderten und den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die Beschwerdeführerin nicht über die mit dem Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfüge. Nebst den somatischen Beschwerden im Rahmen der chronischen Schmerzkrankheit bestehe eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Somit bestehe ein langjähriger chronifizierter Krankheitsverlauf mit progredienter Symptomatik, letzteres insbesondere seit Herbst 2014, ohne länger dauernde Rückbildung. In diesem Zusammenhang bestehe ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens. Damit sei seit September 2014 eine richtungsweisende Verschlechterung der Gesamtsituation eingetreten (S. 2).

3.3.2 Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 10. März 2016 (AB 90) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5) und rezidivierende depressive Episoden (ICD-10 F 33.2). Die Beschwerdeführerin leide an chronischen Schmerzen abwechselnd im ganzen Körper, Ein- und Durchschlafstörungen, Alpträumen, Tinnitus und einer depressiven chronischen Erschöpfung, welche in eine affektive Störung mündeten mit der Differentialdiagnose Persönlichkeitsstörung (S. 1). Seit 2014 sei jede Arbeit verunmöglicht. Ferner beantragte der behandelnde Psychiater eine „100% Rente“ (S. 2).

3.3.3 Dr. med. G. _____ gab im Bericht vom 10. Mai 2016 (AB 99) die von Dr. med. F. _____ im Bericht vom 15. Januar 2016 gestellten Diagnosen wieder (S. 1). Er attestierte von 2006 bis März 2016 eine 75%-ige und ab März 2016 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Trotz der Behandlung

sei mit einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zu rechnen (S. 2).

3.3.4 Dr. med. F. _____ wiederholte im Bericht vom 10. Juni 2016 (AB 102 S. 8 ff.) seine zuvor gestellten Diagnosen (S. 8 f.). Die Beschwerdeführerin klagte unverändert über Schmerzen im Bereich des gesamten Bewegungsapparates wechselnder Lokalisation und Intensität (S. 10). In Anbetracht der Gesamtsituation und des Verlaufs sei die Beschwerdeführerin im Rahmen der chronischen-psychosomatischen Erkrankung weder auf dem freien Arbeitsmarkt noch in einer geschützten Werkstatt arbeitsfähig. Insgesamt lägen Umstände vor, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behinderten und den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten. Dabei bestehe eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Zudem bestünden chronische körperliche Begleiterkrankungen (Colon irritabile, Zöliakie, Chronic-fatigue-Syndrom, Tinnitus). Konsequenterweise durchgeführte Behandlungen mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz hätten trotz kooperativer Haltung nie zu einer Verbesserung der Beschwerden geführt (S. 11).

3.3.5 Der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Aktenbericht vom 26. August 2016 (AB 104) aus, aufgrund der neuen Berichte des behandelnden Rheumatologen ergäben sich (aus somatischer Sicht) keine neuen Aspekte in dem Sinn, dass keine neuen Befunde oder Diagnosen erwähnt würden. Jedoch habe gemäss Angaben des Rheumatologen die Schmerzsymptomatik weiter zugenommen. Der behandelnde Psychiater weise ebenfalls auf eine Verschlechterung hin. Dieser erwähne neu die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Damit sei eine erneute Begutachtung angezeigt. Da sich aus rheumatologischer Sicht keine neuen Aspekte ergäben und die in den Berichten neben der somatoformen Schmerzstörung beschriebenen Beschwerden wie Colon irritabile und Tinnitus schon vor der letzten Verfügung vom 1. März 2013 bestanden hätten, benötige es in anderen Fachdisziplinen ausser der Psychiatrie keine weiteren Abklärungen (S. 6).

3.3.6 Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Gutachten vom 25. Juli 2017 (AB 119.1) eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), eine anhaltende Persönlichkeitsänderung nach mehreren Trau-

mata (ICD-10 F62.0) und eine soziale Phobie (ICD 10 F40.1), wobei sie nur den ersten beiden Diagnosen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannte (S. 20, S. 22). Seit früher Kindheit habe die Beschwerdeführerin unter ständigem Stress und andauernder Anspannung gestanden, was sich nach der Scheidung körperlich immer mehr manifestiert habe. Aktive Bewältigungsmuster habe sie nicht erlernen können. Sie habe passive dysfunktionale Bewältigungsmuster mit dem Charakter der Vermeidung erlernt. Ferner habe sie praktisch keine Resilienzfähigkeit entwickeln können, zu tief seien die Traumata aus Kindheit (S. 19) und Jugend. Dass sich auf diesem Boden chronische, unüberwindbare Schmerzen entwickeln könnten, sei bekannt. Die Unüberwindbarkeit basiere auf der bestehenden Persönlichkeitsstörung und auf der posttraumatischen Dysfunktionalität. Zur vermeidenden Persönlichkeitsstörung gehöre das umfassende Gefühl von Anspannung und Sorgen, überzeugt sein, dass sie minderwertig sei im Vergleich zu anderen, sozial zu versagen, panische Angst in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden, Abneigung sich auf soziale Kontakte einzulassen, dadurch eingeschränkte berufliche Möglichkeiten und Aktivitäten sowie ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Sicherheit. Die Störungen betreffend die Persönlichkeit seien schwerwiegend, da es sich um tiefverwurzelte Verhaltensmuster handle. Sie seien invalidisierend und schränkten die berufliche Funktionalität schwer ein, bildeten die Basis zur Entwicklung von chronifizierten Schmerzerlebnismustern. Die Problematik könne nicht (S. 20) überwunden werden, da es sich um tiefgreifende Persönlichkeitsmerkmale handle mit Beginn in frühester Kindheit. Die Symptomatik des Schmerzerlebens habe sich trotz aller Bemühungen verschlechtert, was eine schlechte Prognose impliziere. Eine anankastische Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeit bestehe nicht. Die übrigen Diagnosen betreffend ängstlich-depressive Zustandsbilder seien vorübergehender Natur und könnten in jedem Verlauf einmal auftauchen und seien für diesen Fall nicht grundlegend spezifisch. Die Ausprägung und die Schwere der erhobenen Befunde seien schwerwiegend, weil sie in der vorgegebenen Zeitachse zunehmend invalidisierend geworden seien. Der aktuelle gesundheitliche Zustand entspreche einem Entwicklungsendpunkt mit „no return“ (S. 21). Es bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 22).

3.3.7 Der RAD-Arzt Dr. med. J. _____ (nach eigenen Angaben Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie [D], im Medizinalberuferegister jedoch ohne anerkannten Facharztstitel verzeichnet [vgl. www.medregom.admin.ch]) führte im Bericht vom 1. August 2017 (AB 124) aus, anhand der ausführlich dargestellten biografischen Angaben könne das Vorliegen einer ängstlich-vermeidenden (selbstunsicheren) Persönlichkeitsstörung nach den Kriterien der ICD-10 bestätigt werden. Für die Vergabe einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung gemäss ICD-10 sei oft eine posttraumatische Belastungsstörung vorausgegangen. Diese sei jedoch im Rahmen der Begutachtung nicht differenzialdiagnostisch nachgewiesen worden. Gesamteinschätzend könne daher das Vorliegen einer entsprechenden Persönlichkeitsänderung nicht nachvollzogen werden. Die schlüssig abgeleitete selbstunsicher-ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung führe zu den dargestellten mittelschweren Beeinträchtigungen der Flexibilität- und Umstellungsfähigkeit und konsekutiv des Durchhaltevermögens der Beschwerdeführerin. Zudem bestünden insbesondere mittelschwere bis schwere Beeinträchtigungen hinsichtlich der Gruppenfähigkeit, mittelschwere Beeinträchtigungen hinsichtlich der Gestaltung dyadischer Beziehungen als auch mittelschwere bis schwere Beeinträchtigungen hinsichtlich der Kontaktaufnahme zu Dritten. Hierdurch resultierten langandauernde Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht (S. 3).

Der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ kam im Bericht vom 8. August 2017 (AB 126) unter Hinweis auf den Bericht von Dr. med. J. _____ vom 1. August 2017 zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit anhaltend nicht mehr gegeben sei. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit werde den Akten zufolge ab März 2016 beschrieben (S. 3).

3.3.8 Im Bericht des Spitals K. _____ vom 20. November 2017 (AB 141) wurden ein zentrales Schlafapnoe-Syndrom, mittelschwer (ICD-10 G47.30), und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin berichte über eine Verbesserung der Schlafstörung seit der eingeleiteten medikamentösen Therapie Mitte Juli 2017 mit subjektiv kürzerer Wachliegezeit,

längerer Schlafenszeit, weniger ausgeprägter Tagesmüdigkeit sowie einer Verbesserung der Stimmungslage (S. 1).

3.3.9 Auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin (AB 128) fand eine psychiatrische Nachuntersuchung durch Dr. med. E. _____ statt. In der Expertise vom 23. Dezember 2017 (AB 133) führte die Gutachterin aus, die Beschwerdeführerin sei überzeugt nicht arbeitsfähig zu sein. Die aktuell seit Jahren laufende Psychotherapie habe nichts an dieser Grundüberzeugung verbessert, weil die Beschwerdeführerin einer Therapie nicht zugänglich sei. Deshalb lasse sie sich nicht auf eine berufliche Tätigkeit ein. Bezüglich der vom behandelnden Psychiater diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung gab die Gutachterin an, dass diese nicht die ganze Komplexität der schweren Störung abbilde und dabei insbesondere die Kausalität falsch wiedergebe. Die tiefgreifenden Überzeugungen der Beschwerdeführerin, dass alle Menschen gegen sie seien und dass sie andauernd gemobbt werde, habe sich bereits in jungen Jahren ausgebildet. Das spreche für eine schwerwiegende Persönlichkeitsstörung mit Beginn in der Jugend mit vermeidenden und soziophobischen Zügen. Schwerwiegende Persönlichkeitsstörungen kämen gehäuft vor bei Menschen mit kindlichen Traumata, wie dies bei der Beschwerdeführerin vorliege. Auf diesem Boden könne sich mit den Jahren ein „Schmerzsyndrom“ entwickeln. Die Arbeitsunfähigkeit werde jedoch hauptsächlich (S. 4) von der Persönlichkeitsstörung verursacht. Eine Neurasthenie liege nicht vor. Die Störung sei viel komplexer und tiefgreifender, invalidisierender und entziehe sich einer Therapie. Die Beschwerdeführerin fühle sich äusserst schnell persönlich angegriffen, empfinde sich schnell gemobbt, fühle sich beobachtet und geplagt von anderen Leuten, obwohl dies nicht objektivierbar sei. Ihre Wahrnehmung sei äusserst verzerrt und unterlegt mit verzerrten tiefgreifenden Überzeugungen und Handlungsblockaden. Diese Persönlichkeitszüge seien fest verankert, was einer komplexen Persönlichkeitsstörung entspreche. Bezüglich der Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit der letzten Begutachtung im November 2012 verändert habe, führte die Gutachterin aus, dass dieser sich in seiner Dysfunktionalität gesteigert habe. Die Beschwerdeführerin habe ihre letzte Anstellung Ende April 2012 insbesondere wegen zwischenmenschlichen Konflikten gekündigt und könne sich wegen den schlechten Erfahrungen im Arbeitsleben eine andere Arbeitsstelle nicht

mehr vorstellen. Ausserdem habe sie starke somatische Beschwerden. Psychiatrisch objektiv gesehen habe sich die Überzeugung der Beschwerdeführerin durch die letzte Arbeitsstelle noch zugespitzt, auf dem Boden der vorbestehenden Persönlichkeitsstörung sei es zum „Endzustand“ resp. der felsenfesten Überzeugung gekommen, dass Arbeit für sie bewiesenermassen unzumutbar sei. Therapeutisch könne dieser Zustand leider nicht angegangen werden. In diesem Sinne habe sich die Störung akzentuiert/verfestigt und einer Therapie völlig entzogen (S. 5).

3.3.10 Im Bericht vom 13. Juni 2018 (AB 143) führte der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ aus, die geklagte Tagesmüdigkeit und das in diesem Rahmen diagnostizierte Schlafapnoe-Syndrom seien behandelbar und hätten sich unter der etablierten Therapie bereits deutlich gebessert. Vor diesem Hintergrund seien aus rein somatischer Sicht keine Einschränkungen mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit abzuleiten (S. 3).

3.4

3.4.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen

Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.2 Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 41 E. 4.2.2).

3.5

3.5.1 Hinsichtlich der aus revisionsrechtlicher Sicht zu prüfenden Frage, ob seit der leistungsabweisenden Verfügung vom 1. März 2013 (AB 70) in somatischer Hinsicht eine wesentliche Veränderung eingetreten ist, legt der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ in den Berichten vom 26. August 2016 (AB 104) und 13. Juni 2018 (AB 143) gestützt auf die medizinischen Akten schlüssig dar, dass sich der Gesundheitszustand (aus somatischer Sicht) nicht massgebend verändert hat und dass (weiterhin) keine Einschränkung

der Arbeitsfähigkeit besteht. Auf diese überzeugende Beurteilung ist vorliegend abzustellen.

Soweit Dr. med. F. _____ im Bericht vom 15. Januar 2016 (AB 84) eine richtungsweisende Verschlechterung der Gesamtsituation seit September 2014 bescheinigt (S. 2), vermag dies am Beweiswert der Berichte des RAD-Arztes nichts zu ändern. Denn aus dem besagten Bericht des Rheumatologen geht nicht schlüssig hervor, inwiefern sich der Gesundheitszustand verschlechtert haben soll. Diesbezüglich ist Dr. med. I. _____ (AB 104 S. 6) zuzustimmen, dass Dr. med. F. _____ – insbesondere im Vergleich zu seinem Bericht vom 28. Oktober 2009 (AB 40 S. 9 ff.) – weder neue Befunde noch neue Diagnosen nennt. Ferner legt er auch nicht nachvollziehbar dar, weshalb er nunmehr (aus somatischer Sicht) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, zumal er im Jahr 2009 eine angepasste Tätigkeit noch zu 100% zumutbar erachtet hatte. Zudem stellen die von Dr. med. F. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellten Diagnosen (generalisiertes Schmerzsyndrom und Chronic-fatigue-Syndrom; AB 102 S. 8) keine Erkrankungen auf seinem Fachgebiet der Rheumatologie dar. Zwar erachtet er auch die Kriterien für eine Fibromyalgie als erfüllt; weder diese noch das aufgeführte chronische cervico- resp. lumbospondylogene Syndrom sind indessen mit einer ICD-10 Kodierung versehen, so dass nicht von einem lege artis gestützt auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems diagnostizierten Gesundheitsschaden gesprochen werden kann. Dies wäre jedoch Voraussetzung für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (BGE 130 V 396; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juni 2018, 8C_909/2017, E. 8). Gleiches gilt für den Bericht des Allgemeinmediziners Dr. med. G. _____ vom 10. Mai 2016 (AB 99).

Schliesslich stellt auch das im Bericht des Spitals K. _____ vom 20. November 2017 (AB 141 S. 1) neu erwähnte zentrale Schlafapnoe-Syndrom keine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes dar, da dieses offensichtlich behandelbar (vgl. AB 143) und damit nicht invalidisierend ist. Die behandelnden Ärzte des Spitals K. _____ attestieren denn auch keine Arbeitsunfähigkeit.

3.5.2 Aus psychiatrischer Sicht ist vorab festzuhalten, dass das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 29. November 2012 (AB 66.1) überzeugend und schlüssig begründet ist, weshalb für den fraglichen Zeitpunkt ohne weiteres darauf abgestellt werden kann.

Hinsichtlich des aktuellen Gesundheitszustandes attestiert Dr. med. E. _____ im Gutachten vom 25. Juli 2017 (AB 119.1) aufgrund der diagnostizierten ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) und der anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach mehreren Traumata (ICD-10 F62.0) eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 20 und 22). Darauf kann jedoch – wie nachfolgend dargelegt wird – aus revisionsrechtlicher Sicht nicht abgestellt werden.

Zwar äussert sich die Gutachterin zum vorliegend massgebenden Beweisthema, ob seit der leistungsabweisenden Verfügung vom 1. März 2013 eine erhebliche Änderung des (psychischen) Gesundheitszustandes eingetreten ist, womit das Gutachten vom 25. Juli 2017 (AB 119.1) samt der ergänzenden Stellungnahme vom 23. Dezember 2017 (AB 133) grundsätzlich beweiswertig ist (vgl. E. 3.4.2 hiervor). Mit dem besagten Gutachten samt Stellungnahme ist jedoch keine massgebende Verschlechterung insbesondere seit der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. D. _____ im November 2012 (AB 66.1) ausgewiesen. Im Fragenkatalog wurde explizit darauf hingewiesen, dass im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens die „medizinische Situation vom 01.03.2013 bis heute zu beurteilen“ sei (AB 105 S. 2). Dr. med. E. _____ beschreibt demgegenüber im Wesentlichen eine seit der Kindheit bestehende Persönlichkeitsstörung, wobei sich – gemäss Einschätzung der Gutachterin – die Symptomatik des Schmerzerlebens trotz aller therapeutischen Bemühungen auch von Seiten der Beschwerdeführerin verschlechtert hat. Die Ausprägung der erhobenen Befunde sei schwerwiegend, weil sie „in der vorgegebenen Zeitachse zunehmend invalidisierend geworden sei“ (AB 119.1 S. 21). Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin, inwiefern sich der Gesundheitszustand seit der letzten Begutachtung durch Dr. med. D. _____ im November 2012 verändert habe (AB 128 Ziff. 4), gibt Dr. med. E. _____ in ihrer Stellungnahme vom 23. Dezember 2017 (AB 133) an, dieser habe sich in seiner Dysfunktionalität gesteigert. Als Be-

gründung verweist sie einerseits auf die Angaben der Beschwerdeführerin, dass sie sich seit der Kündigung ihrer letzten Arbeitsstelle im April 2012 wegen zwischenmenschlichen Konflikten eine andere Arbeitsstelle nicht mehr vorstellen könne, andererseits auf die von der Beschwerdeführerin geklagten somatischen Beschwerden, welche jedoch nicht objektiviert werden können (vgl. E. 3.5.1 hiervor), sowie auf die subjektive Überzeugung der Beschwerdeführerin, dass Arbeit für sie unzumutbar sei (AB 133 S. 5 Ziff. 5). Diese persönlichen Darstellungen und Einschätzungen der Beschwerdeführerin selber stellen jedoch keine schlüssige und nachvollziehbare Erklärung für eine im fraglichen Zeitraum objektiv eingetretene Verschlechterung dar. Darüber hinaus datiert Dr. med. E._____ die Steigerung der Dysfunktionalität resp. das Erreichen des „Endzustandes“ auf das Ende der letzten Anstellung im April 2012 (AB 133 S. 5 Ziff. 5), was ebenfalls gegen eine seit der rechtskräftigen Verfügung vom 1. März 2013 eingetretene Veränderung spricht.

Auch aus der von Dr. med. E._____ neu diagnostizierten ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung und der anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach mehreren Traumata (AB 119.1 S. 20 und 22) kann keine Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustands hergeleitet werden. Vorab ist festzuhalten, dass das Hinzutreten einer Diagnose alleine keinen Revisionsgrund resp. keine hinreichende Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse darstellt, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Massgebend ist einzig, ob (und in welchem Ausmass) den medizinischen Akten eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit entnommen werden kann, und zwar unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; vgl. auch Entscheide des BGer vom 11. Juli 2018, 9C_374/2018, E. 4.2, und vom 31. August 2016, 9C_226/2016, E. 4.3.2). Zudem enthält das Gutachten vom 25. Juli 2017 (AB 119.1) keine differenzierte und nachvollziehbare Begründung für den im Vergleich zu Dr. med. D._____ im Gutachten vom 29. November 2012 (AB 66.1) abweichend beurteilten psychischen Gesundheitszustand bzw. die daraus resultierende Arbeitsfähigkeit. Dabei setzt sich Dr. med. E._____ weder mit der im Vorgutachten gestellten Diagnose einer Neurasthenie auseinander noch äussert sie sich zur Frage,

weshalb Dr. med. D._____ seinerzeit eine Persönlichkeitsstörung ausdrücklich verneint hat (AB 66.1 S. 21). Ausführungen dazu hätten sich jedoch aufgedrängt, zumal die Persönlichkeitsstörung gemäss Dr. med. E._____ in der Jugend der Beschwerdeführerin gründet (AB 119.1 S. 21) und somit auch schon bei der früheren Begutachtung hätte bestehen müssen. Auch auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin, weshalb die Diagnose einer Neurasthenie heute nicht mehr gestellt werden könne (AB 128 Ziff. 4), nimmt die Gutachterin dazu nicht Stellung, sondern beschränkt sich in ihrer Stellungnahme vom 23. Dezember 2017 (AB 133 S. 5 Ziff. 4) auf eine Darlegung des aktuellen Gesundheitszustandes. Eine Auseinandersetzung mit den Feststellungen von Dr. med. D._____ fehlt gänzlich. Insgesamt werden im Gutachten vom 25. Juli 2017 (AB 119.1) und in der ergänzenden Stellungnahme vom 23. Dezember 2017 (AB 133) weder neue Fakten dargelegt, die eine effektive Veränderung im hier interessierenden Zeitraum begründen würden, noch wird eine substantielle Veränderung vorbestandener Tatsachen beschrieben (vgl. E. 3.4.2 hier vor). Damit kann auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Verschlechterung seit der letzten Begutachtung durch Dr. med. D._____ geschlossen werden. Vielmehr handelt es sich bei den gutachterlichen Ausführungen um eine andere Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts, welche revisionsrechtlich unerheblich ist (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).

Ferner ist auch gestützt auf die Beurteilung von Dr. med. J._____ vom 1. August 2017 (AB 124), in welcher der RAD-Arzt die von Dr. med. E._____ diagnostizierte ängstliche-vermeidende (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung bestätigt und eine langandauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit attestiert (S. 3), keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes seit der rechtskräftigen Verfügung vom 1. März 2013 (AB 70) erstellt. Denn ebenfalls in diesem Bericht fehlt es an einer schlüssigen Begründung für die im Vergleich zu Dr. med. D._____ abweichend beurteilte gesundheitliche Beeinträchtigung. Zudem äussert der RAD-Arzt insoweit Zweifel an der Expertise von Dr. med. E._____, als das Vorliegen einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nicht nachvollzogen werden könne (AB 124 S. 3).

Schliesslich vermag auch der Bericht von Dr. med. H. _____ vom 10. März 2016 (AB 90) – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 5 f. Ziff. 6) – vorliegend keine massgebende Veränderung des Gesundheitszustandes zu belegen. Zwar bezeichnet der behandelnde Psychiater den Gesundheitszustand als verschlechtert und gibt an, dass „seit 2014 jede Arbeit verunmöglicht“ sei (S. 2). Eine Begründung hierfür fehlt in diesem Bericht jedoch vollständig. Zudem tritt der behandelnde Psychiater – wie im Übrigen auch die behandelnde Psychotherapeutin L. _____ im Bericht vom 1. Mai 2018 (AB 138 S. 2) – im besagten Bericht advokatorisch auf, indem er ausdrücklich den Antrag „für eine 100% Rente“ stellt (AB 90 S. 2). Damit überschreitet er seinen Aufgabenbereich. Bereits deshalb kann auf den Bericht nicht abgestellt werden.

3.5.3 Damit ist im massgeblichen Zeitraum (1. März 2013 bis 22. Juni 2018) weder aus somatischer noch aus psychischer Sicht eine anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, weshalb kein Revisionsgrund vorliegt.

3.6 Auch aus erwerblicher Sicht hat sich gemäss Aktenlage nichts Entscheidendes geändert. Entsprechendes wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht.

3.7 Somit ist erstellt, dass weder eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes noch der erwerblichen Situation eingetreten ist. Die Beschwerdeführerin hat folglich mangels eines Revisionsgrundes (weiterhin) keinen Anspruch auf Leistungen der IV.

Die angefochtene Verfügung vom 22. Juni 2018 (AB 144) ist nach dem Dargelegten nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

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. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Vorliegend besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - 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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.