

200 19 217 IV
JAP/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 29. Mai 2019

Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. Februar 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1961 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im November 2015 erstmals bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an, dies unter Hinweis auf Probleme in der Schulter, den Händen und den Füßen (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). In der Folge klärte die IVB den Leistungsanspruch in erwerblicher und medizinischer Hinsicht ab (act. II 7 - 36). Dabei stellte ihr die damalige Unfallversicherung der Versicherten, die B. _____, ein orthopädisch-psychiatrisches Gutachten der Begutachtungsstelle C. _____ vom 25. August 2016 (act. II 37.2) zu, welches von der B. _____ im Zusammenhang mit einem von der Versicherten im Jahr 2014 erlittenen Unfall in Auftrag gegebenen worden war (act. II 33 f., 37.1). Nach Einholung von Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 39 f., 42, 47, 50) verneinte die IVB mit Verfügung vom 18. April 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 20 % den Anspruch auf eine Invalidenrente (act. II 51). Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Am 10. Mai 2018 meldete sich die Versicherte, vertreten durch D. _____ von der E. _____, erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und machte eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (act. II 63). Nachdem die IVB Stellungnahmen des RAD eingeholt hatte (act. II 66, 68, 70), stellte sie mit Vorbescheid vom 5. Juli 2018 das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht (act. II 71, 73). Dagegen erhob die Versicherte Einwände und reichte verschiedene medizinische Berichte ein (act. II 74, 76, 78, 80). Nachdem die IVB weitere Stellungnahmen des RAD eingeholt hatte, verfügte sie am 19. Februar 2019 das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren (act. II 82 - 87).

C.

Dagegen erhob die Versicherte am 18. März 2019 Beschwerde. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, auf das Gesuch vom 10. Mai 2018 einzutreten und über die Rente einen Entscheid zu treffen.
2. Es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und von Amtes wegen eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung anzuordnen und aufgrund dessen ein Urteil zu treffen.
3. Es sei, eventuell, die angefochtene Verfügung aufzuheben und den Fall zwecks weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
4. Es sei ihr die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 19. März 2019 forderte der Instruktor die Beschwerdeführerin auf, das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege bis zum 9. April 2019 zu belegen, andernfalls gelte das Gesuch als zurückgezogen. Dieser Aufforderung kam die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 27. März 2019 nach.

Am 19. April 2019 liess die Beschwerdeführerin durch D._____ von der E._____ einen medizinischen Bericht einreichen, den der Instruktor der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 23. April 2019 zur Berücksichtigung in der Beschwerdeantwort zustellte.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Mai 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

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 – vorbehaltlich der Ausführungen in E. 1.2 hiernach – auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 19. Februar 2019 (act. II 87). Streitig und zu prüfen ist einzig, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 10. Mai 2018 (act. II 63) zu Recht nicht eintrat. Soweit die Beschwerdeführerin um einen materiellen Entscheid über den Rentenanspruch bzw. im Sinne eines Beweisantrags um Einholung eines polydisziplinären Gutachtens ersucht, beschlägt dies nicht den Anfechtungs- und Streitgegenstand, weshalb darauf nicht einzutreten ist (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

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 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). 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 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Dies gilt analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). 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). 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 Neuanschuldung oder eines Revisionsgesuchs 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 hat sie unter anderem zu berücksichtigen, 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 Neuanmeldung 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 Neuanmeldung 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 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; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.5 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 2017 IV Nr. 57 S. 188 E. 2.2, 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

3.

3.1 Vorliegend ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin seit der mit Verfügung vom 18. April 2017 erfolgten Verneinung des Rentenanspruchs (act. II 51) bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. Februar 2019 (act. II 87) eine wesentliche Änderungen in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen glaubhaft gemacht hat (vgl. E. 2.1 und 2.4 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 18. April 2017 (act. II 51) im Wesentlichen auf die folgenden Unterlagen:

3.2.1 Im orthopädisch-psychiatrischen Gutachten der Begutachtungsstelle C._____ vom 25. August 2016 (act. II 37.2; vgl. dazu auch VGE UV/2017/...) wurden die folgenden Diagnosen festgehalten (act. II 37.2/21):

Überwiegend wahrscheinlich im kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 13. Juni 2014 (Stolpersturz bei der Arbeit):

M25.52 Chronisch intermittierende leichtgradige Restbeschwerden
Ellbogen links

Möglicherweise im teilkasualen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 13. Juni 2014:

M79.60 Anamnestisch chronische, teilweise bewegungs- und belastungsabhängige Unterschenkel- und Fusschmerzen beidseits

Überwiegend wahrscheinlich ohne kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 13. Juni 2014

M79.61 Chronische, teilweise bewegungs- und belastungsabhängige
Schulter Schmerzen rechts

F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Z73.1 Histrionische Persönlichkeitsakzentuierung

Ohne Code: Aktenanamnestisch Status nach Diagnose einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode 9/2015 im Rahmen der Schmerzsymptomatik, Status nach Diagnose einer leicht bis mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung 4/2016, aktuell remittiert

Die Gutachter führten aus, am linken Ellbogen sei es beim Ereignis vom 13. Juni 2014 zu einer kaum dislozierten Fraktur am Radiusköpfchen gekommen, weshalb auch die diesbezüglich anamnestisch noch angegebenen, insgesamt allerdings geringen Restbeschwerden überwiegend wahrscheinlich darauf zurückzuführen seien. Für die anamnestisch noch angegebenen Beschwerden am linken Unterschenkel und Fuss lasse sich heute kein eindeutiges organisches Korrelat finden, so dass ein Zusammenhang mit dem Ereignis vom 13. Juni 2014 nur möglicherweise in Betracht falle. An der rechten Schulter stünden die Befunde überwiegend wahrscheinlich nicht im kausalen Zusammenhang mit dem erwähnten Ereignis. Die heute noch begründbare Einschränkung der Belastungsfähigkeit am Bewegungsapparat werde durch eine Pathologie an der rechten Schulter bedingt, die überwiegend wahrscheinlich nicht im kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 13. Juni 2014 stehe. Diese Einschränkung begründe eine leichte Verminderung der Belastungsfähigkeit der betreffenden Schulter. Diese beziehe sich auf Aktivitäten, bei denen der rechte Arm über die Horizontale oder hinter die Körperebene geführt werden müsse. Dies wirke sich auch auf beruflicher Ebene dahingehend aus, dass vorderhand nur körperlich leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeiten möglich seien, bei denen eine Hebe- und Traglimite von 10 kg nicht überschritten werde und der rechte Arm ausschliesslich unterhalb der Horizontalen und vor der Körperebene eingesetzt werden müsse. Bezüglich der unfallbedingten Problematik am linken Ellbogen sei es zu einer stabilen Ausheilung der erlittenen Fraktur gekommen und auch die Beweglichkeit sei heute wieder seitengleich. Entsprechend habe diese derzeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in Tätigkeiten ohne übermässig hohe Ansprüche an den linken Ellbogen und die Beschwerdeführerin könne auch ihre angestammte Tätigkeit als ... wahrscheinlich wieder uneingeschränkt ausüben (act. II 37.2/23 f.). Aus psychiatrischer Sicht lasse sich aktuell eine lediglich noch subklinisch ausgeprägte depressive Restsymptomatik nach aktenanamnestischer depressiver Episode im Rahmen einer chronischen Schmerzpro-

blematik erheben, die nicht mehr das Ausmass einer eigenständigen, krankheitswertigen affektiven Störung erreiche und die unter eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) subsumiert werden könne. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine nennenswerte Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit in schulteradaptierten Tätigkeiten begründen (act. II 37.2/20).

3.2.2 In der Stellungnahme vom 19. Oktober 2016 (act. II 39/4) führte der RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zu den funktionellen Einschränkungen aus, es bestehe eine verminderte Belastbarkeit der Schulter rechts und des Ellbogen links. Die Ressourcen seien bekannt und betreffend Zumutbarkeitsprofil könne auf das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C. _____ vom 25. August 2016 verwiesen werden. Zum Leistungsprofil nach dem Unfallereignis vom 13. Juni 2014 aus gesamtmedizinischer Sicht hielt der RAD-Arzt fest, es bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 13. Juni 2014 für acht Wochen, anschliessend betrage die Arbeitsunfähigkeit 0 %. Das medizinische Zumutbarkeitsprofil gelte ab dem Begutachtungszeitpunkt (25. August 2016). Es könne vollumgänglich auf das Gutachten vom 25. August 2016 abgestellt werden.

3.2.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. G. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, gab in der Stellungnahme vom 6. März 2017 (act. II 50) an, alle vorgelegten Berichte beinhalteten die bei Gutachtenerstellung bekannten Gesundheitsschäden. Neue Befunde mit wesentlichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit würden nicht vorgelegt. Somit sei keine Neubeurteilung erforderlich.

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 19. Februar 2019 (act. II 87) basiert im Wesentlichen auf den folgenden medizinischen Unterlagen:

3.3.1 Im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in der Klinik H. _____ vom 6. - 30. Juni 2017 wurden im Austrittsbericht vom 28. Juli 2017 (act. II 63/3 - 9) die folgenden Diagnosen aufgeführt:

1. Chronisches ausgedehntes Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren ICD-10 F45.41
2. Anhaltende depressive Episode, mittelschwer ICD-10 F32.1

3. St. n. Operation der rechten Schulter 2016, bei St. n. Sturz auf die Arme im 2014
4. St. n. Radiusköpfchenfraktur links 2014

Die behandelnden Ärzte hielten fest, während des Klinikaufenthalts habe die Beschwerdeführerin an verschiedenen aktivierenden und entspannenden Therapieangeboten des individuell angepassten, multimodalen Schmerzprogramms im Einzel- und Gruppensetting teilgenommen. Sie habe insbesondere von den Wassertherapien (Entspannungsbad und Aquafit) profitiert. Sie habe geäußert, dass sie damit zu Ruhe und Entspannung finde. Ebenfalls habe sie festgestellt, dass ihr das autogene Training und die progressive Muskelentspannung helfen würden, loszulassen und zu entspannen. Die Beschwerdeführerin sei in psychisch und physisch etwas stabilerem Zustand als bei Eintritt entlassen worden. Sie wäre sehr gerne noch länger stationär hospitalisiert gewesen, aufgrund der fehlenden Kostendeckung für ausserkantonale Klinikaufenthalte habe sie jedoch früher als geplant austreten müssen. Während des Klinikaufenthaltes sowie bis zwei Wochen nach dem Austritt (6. Juni - 16. Juli 2017) wurde die Beschwerdeführerin zu 100 % krankgeschrieben.

3.3.2 Im Bericht der psychiatrischen Dienste I. _____ vom 11. Dezember 2017 (act. II 63/12) wurden die folgenden Diagnosen angegeben:

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
- Anhaltende depressive Episode, aktuell mittelschwer (ICD-10 F32.1)

Die hielten Ärzte fest, die bisherigen Arbeitsunfähigkeitszeugnisse seien durch die somatischen Ärzte (Hausarzt, Orthopäde) ausgestellt worden. Psychiatrisch begründete Krankschreibungen seien ihrerseits bisher nicht erfolgt. Oben stehende Diagnosen verursachten jedoch Einschränkungen im Gedankengang, in der Konzentration und der Auffassung, in der Gefühlsregulation mit erhöhtem Risiko von Konflikten mit Mitarbeiterin/Vorgesetzten am Arbeitsplatz, eine Abnahme der Leistungsfähigkeit und des Durchhaltevermögens, eine erhöhte Erschöpfbarkeit sowie Schlafstörungen. Bei vollem Arbeitspensum im aktuellen Zustand wäre von einer Verschlimmerung der Schmerzstörung und der Depression auszugehen mit eventueller Hospitalisationsbedürftigkeit. Allerdings könnte eine

geistig und körperlich leichte und angepasste Tätigkeit mit flexibler Pausengestaltung und wenig Stressbelastung in niedrigem Pensum auch als teilweise stabilisierend wirkend, da sich die Beschwerdeführerin in ihrem Selbstwert wieder gestärkt fühlen würde und das Gefühl von Nützlichkeit in der Familie/Gesellschaft wiederhergestellt wäre, Themen, welche die Beschwerdeführerin aktuell stark beeinträchtigten. Diese Arbeitsbedingungen wären natürlich vorerst am besten an einem geschützten Arbeitsplatz realisierbar, bevor die Beschwerdeführerin in den ersten Arbeitsmarkt reintegrierbar wäre.

3.3.3 Im Bericht von Dr. med. J._____, Facharzt für Anästhesiologie, Leitender Arzt Anästhesiologie/Schmerztherapie des Spitals T._____, vom 9. März 2018 (act. II 67/3 - 5) wurden die folgenden (Haupt-) Diagnosen aufgeführt:

1. Persistierende, starke rechtsseitige Schulterschmerzen
2. Persistierende, starke Ellenbogenschmerzen links
3. Persistierende, starke beidseitige tibiale Schmerzen
4. Persistierende, Schmerzen im Bereich ISG links
5. Chronische, wahrscheinlich reaktive Depression mit ausgeprägter Somatisierungstendenz und Schmerzverstärkung

Dr. med. J._____ gab an, beim angefertigten MRI des linken Ellbogens habe der Normalbefund erfasst werden können. Als Hauptschmerzort gebe die Beschwerdeführerin eben diesen linken Ellenbogen an, während die rechte Schulter ebenfalls sehr starke Schmerzen mit einer Ausweitung auf die gesamte rechte Rückenhälfte bereite. Zu den Befunden wurde festgehalten, am Ellenbogen bestehe freie Beweglichkeit, aber massive Muskelverhärtungen im Bereich des Ursprunges der Extensoren sowie am Handgelenk unterarmseitig dorsal. Weiter wurde ausgeführt, zwar finde sich im MRI kein interventionsbedürftiger Befund, doch die massive Muskelverhärtung sei Erklärung für die starken Schmerzen. Auf welche Weise diese zustände komme, sei schwer zu erklären.

3.3.4 Im Bericht vom 26. Mai 2018 (act. II 67/2) führte med. pract. K._____, Praktischer Arzt, aus, die Beschwerdeführerin sei seit Februar 2016 bei ihm in Behandlung. Sie leide an schweren Depressionen mit Somatisierungstendenz sowie persistierenden starken rechten Schulter-

schmerzen mit Status nach Sturz 2014 und arthroskopischer Behandlung 2016. Danach seien persistierende starke Ellenbogenschmerzen links, starke Tibiaschmerzen beidseits, persistierende ISG-Schmerzen links und eine Depression mit Somatisierungstendenz aufgetreten. Die Einschränkungen, welche die Beschwerdeführerin wegen der Krankheiten habe, hinderten sie bei der Arbeit. Durch die angegebenen Beschwerden sei es für sie nicht möglich, arbeitsfähig zu sein. Einerseits durch die schwere Depression, andererseits durch die körperlichen Beschwerden sei es nicht möglich, 100 % tätig zu sein. In den letzten sechs Monaten sei der Zustand noch schlimmer geworden. Sie könne sich nicht konzentrieren und habe Schlafstörungen, auch die Ausdauer sei vermindert.

3.3.5 Am 6. Juni 2018 (act. II 66) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. G. _____ als provisorische medizinische Beurteilung fest, aus orthopädischer Sicht hätten sich (seit dem Gutachten der Begutachtungsstelle C. _____ vom 25. August 2016 [act. II 37.2]) keine neuen Fakten in Bezug auf eine Änderung des Zumutbarkeitsprofils ergeben.

3.3.6 In der Stellungnahme vom 15. Juni 2018 (act. II 68) verneinte die RAD-Ärztin Dr. med. L. _____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, die Fragen, ob die geltend gemachte Änderung des Gesundheitszustandes glaubwürdig sei und ob die geltend gemachte Änderung geeignet sei, eine mindestens drei Monate dauernde Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Dazu führte sie aus, die psychiatrische Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren sei bereits 2015 gestellt worden. Gemäss psychopathologischem Befund nach den AMDP-Kriterien habe sich der Ausprägungsgrad dieser psychiatrischen Störung bei histrionischer Persönlichkeitsakzentuierung nicht geändert. Die depressive Störung, die von der psychosomatischen Klinik als mittelschwere depressive Episode gefasst werde, sei bereits ebenfalls 2015 beschrieben worden. Damals sei sie als rezidivierende depressive Störung kategorisiert worden. Zwischenzeitlich habe sich gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. M. _____ vom 25. August 2016 eine komplette Remission ergeben. Es sei darauf verwiesen, dass die aktuell behandelnde Klinik offensichtlich keinen undulierenden Verlauf einer Depression habe erfassen können. Es

werde jedoch von einer anhaltend depressiven Episode ausgegangen. Der im Sommer 2017 mittelgradige Ausprägungsgrad könne fachlich per definitionem nach Kern- und Zusatzsymptomen einer einzelnen depressiven Episode im psychopathologischen Befund nicht nachvollzogen werden. Die vorgenommene psychometrische Testung mit Beck'schen Depressionsinventar (BDI) und Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) habe ausschliesslich auf Selbstbeurteilungsfragebögen der histrionisch akzentuierten Beschwerdeführerin basiert und spiegle somit keine objektive Einschätzung des Ausprägungsgrades der psychiatrischen Entitäten wieder. Darüber hinaus müsse darauf verwiesen werden, dass die Psychopharmakotherapie unverändert seit 2015 aus Cipralex bestehe. Eine leitliniengerechte antidepressive Therapie beinhalte jedoch adäquate Switches und Augmentationen (Änderungen und Ergänzungen) der Antidepressiva. Die Frequenz leitliniengerechter psychotherapeutischer Interventionen sei nicht dokumentiert. Hinsichtlich der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren werde keine adäquate multimodale Schmerztherapie übermittelt. Erstmals in der Klinik H._____ sei mit der minimalsten Dosis von Lyrica begonnen worden. Vor dem Hintergrund der somatoformen Schmerzstörung sei keine Umsetzung auf ein Medikament mit antidepressiver und schmerzdistanzierender Wirkung (z.B. Duloxetin) vorgenommen worden. Letztlich müsse konstatiert werden, dass bei weitestgehend stationärem psychischem Zustand keine mindestens drei Monate dauernde Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit im dokumentierten Zeitraum vorliege. Für den stationären Zeitraum in der Klinik H._____ vom 6. - 30. Juni 2017 habe ausgestanzt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorgelegen.

3.3.7 Im Bericht von Dr. med. N._____ (im Medizinalberuferegister [www.medregom.admin.ch] nicht verzeichnet), Oberärztin bei den Psychiatrischen Diensten I._____, und der Psychologin M. Sc. O._____, von den Psychiatrischen Diensten I._____, vom 22. August 2018 (act. II 76/4 - 6) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10: F33.0/1)

Es wurde festgehalten, nachdem das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin am 18. April 2017 abgewiesen worden sei, habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zunehmend weiter verschlechtert. Die Beschwerdeführerin sei seit Behandlungsbeginn 2015 nie mehr derart belastbar gewesen, dass ein Arbeitswiedereinstieg möglich gewesen wäre. Sie sei konstant und zuverlässig in Behandlung gewesen. Die medikamentöse Einstellung zur Verbesserung habe in enger Zusammenarbeit mit den Schmerzspezialisten der Psychiatrischen Dienste I. _____ stattgefunden. Sie sei vom 6. - 30. Juni 2017 stationär in der Klinik H. _____ hospitalisiert gewesen, die anschliessende erneute ambulante Behandlung sei ergänzt worden durch Bewegungstherapie sowie Unterstützung durch eine interne ambulant arbeitende Psychiatrie-Pflegefachfrau. Der Aufenthalt in der Klinik H. _____ habe jedoch den Zustand der Beschwerdeführerin nur sehr kurzfristig verbessert. Der Austritt aus der Klinik sei verfrüht erfolgt, da keine Kostendeckung durch die Krankenkasse mehr gegeben gewesen sei. Das Schmerzerleben habe sich unter den diversen ambulanten Therapieversuchen nicht merklich gebessert. Die Beschwerdeführerin habe teilweise ein Verständnis für die psychischen Anteile der Schmerzproblematik aufbauen können, fokussiere jedoch weiterhin stark auf die somatischen Anteile. Dennoch sei es ihr gelungen, in der Therapie Erarbeitetes für sich umzusetzen. Die Schmerzen nähmen in Stresssituationen und belastungsbedingt zu. Über den Behandlungszeitraum seit 2015 sei es, trotz der Bemühungen der Beschwerdeführerin, zu einer deutlichen Verschlechterung der Schmerzproblematik gekommen, was bei ihr zu einem andauernden und quälenden Leiden führe. Die Einschränkungen, welche die Beschwerdeführerin täglich durch die Schmerzen erlebe, seien erheblich. Die Auswirkungen der Schmerzen und deren Auswirkungen auf die Stimmung der Beschwerdeführerin seien erheblich, so dass die Beschwerdeführerin unter einer chronischen depressiven Symptomatik leide. Trotz längerfristiger antidepressiver Medikation, habe sich das depressive Zustandsbild nicht verändert.

3.3.8 Dr. med. J. _____ führte im Bericht vom 28. August 2018 (act. II 78/2 f.) die folgenden (Haupt-)Diagnosen auf:

1. Persistierende, starke rechtsseitige Schulterschmerzen
2. Persistierende, starke Ellenbogenschmerzen links

3. Persistierende, starke beidseitige tibiale Schmerzen
4. Persistierende, Schmerzen im Bereich ISG links
5. Depression mit Somatisierungstendenz

Dr. med. J._____ gab an, die Patientin zeige sich heute aufgelöst nach einem gewalttätigen Nachbarschaftskonflikt vor einigen Tagen. Die Schmerzorte zeigten sich konsistent. Zwischenzeitlich sei eine Ablehnung der IV im Sinne eines Vorbescheides eingegangen. Aufgrund der dokumentierten Schulterpathologie zusammen mit den anderen Schmerzorten und der psychiatrischen Erkrankung erscheine es geradezu lächerlich, dass die IV den Antrag der Beschwerdeführerin nicht weiter bearbeite, da ohne Zweifel derzeit keine Arbeitsfähigkeit bestehe und die Prognose bei dieser Konstellation sehr schlecht sei.

3.3.9 Im Bericht des Schmerzzentrums des Spitals P._____ vom 5. September 2018 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4) wurden die folgenden Diagnosen festgehalten:

1. Chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Anteilen
 - Fibromyalgia Survey Questionnaire (FSQ): Symptom Severity Scale 9, Widespread Pain Index 11 am 4. Juli 2018
 - St. n. Unfall/Sturz 2013 und 2014 mit Radiusköpfchenfraktur links 2014
 - St. n. SAK rechts mit Rekonstruktion der Supraspinatussehne am 16. Februar 2016 bei Supraspinatussehnenruptur
 - MRI Schulter rechts 24. August 2016: erneute Ruptur der Supraspinatussehne
 - Ellenbogenschmerzen links mit Ausstrahlung in die linke Hand im Gebiet des N. ulnaris
 - Persistierende Tibiaschmerzen beidseits, links mehr als rechts sowie linkes OSG
 - MRI OSG links 10. März 2016: Zufallsbefund einer Ganglionzyste von 1 cm, sonst Normalbefund
 - Persistierende ISG-Schmerzen bds., links mehr als rechts
 - Stationäre Rehabilitation in der Psychosomatischen Medizin in der Klinik H._____ 6. - 30. Juni 2017
2. Depression mit Somatisierungstendenz
 - Hinweise für eine schwere Depression mit BDI-FS: 17 am 9. Mai 2018

Es wurde ausgeführt, Anamnese und Befunde sprächen für ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Anteilen. Im Schulterbereich rechts liege durchaus ein Korrelat für einen Teil der ge-

schilderten Schmerzen vor, das jedoch nicht das Ausmass der Beschwerden erkläre. Die von Dr. med. J. _____ bereits mehrfach vorgeschlagenen und vielfältigen Therapieoptionen invasiver Art würden von der Beschwerdeführerin sämtlich abgelehnt. Zu erwähnen sei zudem eine ausgeprägte Somatisierungstendenz der Beschwerdeführerin, die gewisse Symptome zu aggravieren scheine (beispielsweise eine aktiv vorgeführte Haltungsinsuffizienz der Schulter, die jedoch spontan regredient sei während dem Gespräch). Der Leidensdruck der Beschwerdeführerin scheine ausserordentlich hoch zu sein, gleichzeitig zeige sie aber wenig Verständnis für die bisherige Entwicklung der Schmerzerkrankung. Die Coping-Strategien der Beschwerdeführerin zur Schmerzverarbeitung schienen erschöpft zu sein, was sich in den deutlich erhöhten Scores von Beeinträchtigung und Katastrophisierung widerspiegelt. Zudem zeichne sich ein Bild von einer schweren Depression mit dem massiv erhöhten BDI-FS von 17. Der Fibromyalgia Survey Questionnaire sei ebenfalls deutlich positiv, was ein Hinweis auf die mittlerweile ganz erheblich psychosomatische Überlagerung der Beschwerden sei.

3.3.10 In der Stellungnahme vom 16. Januar 2019 (act. II 83) hielt der RAD-Arzt Dr. med. Q. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, im zu beurteilenden Zeitraum würden nur in den oben aufgeführten Berichten vom 28. Juli 2017 (act. II 63/3 - 9) und 9. März 2018 (act. II 67/3 - 5) orthopädische klinische Untersuchungsbefunde mitgeteilt. Diese Befunde seien äusserst knapp und würden sich 2017 auf die Wirbelsäule und 2018 ohne Seitenangabe nur auf Ellenbogen und Hand beziehen. Eine Andersbeurteilung der orthopädischen versicherungsmedizinischen Situation der Beschwerdeführerin lasse sich aus diesen Befunden nicht ableiten. Die in den neu vorgelegten Befundberichten gelisteten Diagnosen fussten wohl ausschliesslich auf der subjektiven Schmerzschilderung durch die Beschwerdeführerin. Diesbezüglich sei es zu keiner relevanten Änderung gegenüber dem Zeitpunkt der Begutachtung 2016 und der hierauf erfolgten IV-Verfügung gekommen. Die eingereichten medizinischen Unterlagen (Bericht der psychiatrischen Dienste I. _____ vom 22. August 2018 [act. II 76/4 - 6], Austrittsbericht vom 28. Juli 2017 [act. II 63/3 - 9], Bericht der psychiatrischen Dienste I. _____ vom 28. August 2018 [act. II 78/2 f.], Bericht Spital P. _____

vom 2. Oktober 2018 [act. II 80/2 f.]) änderten nichts an der Situation seit der letzten Verfügung.

3.3.11 Die RAD-Ärztin Dr. med. L. _____ führte in der Stellungnahme vom 13. Februar 2019 (act. II 84 und 85) aus, die eingereichten medizinischen Unterlagen (Bericht der psychiatrischen Dienste I. _____ vom 22. August 2018 [act. II 76/4 - 6], Austrittsbericht vom 28. Juli 2017 [act. II 63/3 - 9], Bericht der psychiatrischen Dienste I. _____ vom 28. August 2018 [act. II 78/2 f.], Bericht Spital P. _____ vom 2. Oktober 2018 [act. II 80/2 f.]) änderten nichts an der Situation seit der letzten Verfügung. Es müsse konstatiert werden, dass der Austrittsbericht aus der Klinik H. _____ über den stationären Aufenthalt vom 6. - 30. Juni 2017 bereits im Rahmen der psychiatrischen konsiliarischen Stellungnahme vom 15. Juni 2018 Berücksichtigung gefunden habe. Die drei weiteren eingereichten Berichte (einer der Psychiatrischen Dienste, einer der Schmerzlinik des Spitals P. _____ und einer der Schmerzpraxis des Spital R. _____) könnten nur bedingt psychiatrisch gewürdigt werden, da sie nicht von Fachärzten für Psychiatrie erstellt worden seien. Daher ergäben sich erhebliche Diskrepanzen hinsichtlich der psychiatrischen Kategorisierung. Die beiden anästhesiologisch-schmerztherapeutischen ausgerichteten Kollegen würden die nicht ICD-10-gängige Diagnose einer "Depression mit Somatisierungstendenz" mit schwerem Ausprägungsgrad basierend auf der ausschliesslichen Selbstbeurteilungsskala des Beck'schen Depressionsinventars bei einer histrionisch akzentuierten Persönlichkeit benennen. Die Stellungnahme der Psychiatrischen Dienste I. _____, die ebenfalls von keinem Facharzt für Psychiatrie gezeichnet worden sei, weiche hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosen erheblich zu der vorherigen Stellungnahme dieser Einrichtung vom 11. Dezember 2017 ab. So werde undifferenziert zum einen eine anhaltend somatoforme Störung F45.40 und zum anderen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41 benannt. So habe auch offensichtlich psychiatrisch hinsichtlich der depressiven Symptomatik nicht festgelegt werden können, ob es sich um eine einzelne depressive Episode F32.X oder eine rezidivierend depressive Störung d.h. eine depressive Störung mit undulierendem Verlauf F33.X handle. Es müsse also gesamthaft konstatiert werden, dass bislang keine korrekte psychiatrische Kategorisierung auch im Rahmen der Anhörung

vorgenommen worden sei. Hinsichtlich des Standardindikators Behandlungserfolg oder -resistenz sei nochmals auf die Ausführungen der psychiatrischen Stellungnahme vom 5. Juni 2018 verwiesen. Die Beschwerdeführerin erhalte weiterhin keine leitliniengerechte antidepressive Therapie, da unverändert kein Switch oder eine Augmentation der Psychopharmaka vorgenommen worden sei. Weiterhin werde empfohlen, eine Kontrolle der Therapieadhärenz mit Serumwirkspiegeln nach Vorlage des aktuellen Medikamentenplans im Hause vorzunehmen.

4.

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).

5.

5.1 In somatischer Hinsicht sind die orthopädischen bzw. internistischen RAD-Beurteilungen der Dres. med. G. _____ (act. II 66, 70), S. _____ (act. II 82) und Q. _____ (act. II 83), wonach sich seit dem Referenzzeitpunkt (vgl. E. 3.1 hiervoor) aktenmässig keine relevanten Änderungen ergeben, grundsätzlich nachvollziehbar. Dies zumal im Zusammenhang mit den persistierenden Ellenbogenschmerzen links ein Verlaufs-MRI einen Normalbefund zeigte (act. II 67/4) und im Übrigen auch im Bericht der Klinik U. _____ vom 26. März 2019 (act. I 7) – der ohnehin unberücksichtigt zu bleiben hat (vgl. E. 2.3 hiervoor; Beschwerdeantwort S. 3 f.

lit. C lit. b Ziff. 15) – gestützt auf bildgebende Verlaufsuntersuchungen ein im Prinzip unverändertes Beschwerdebild im Vergleich zur Vorkonsultation im Oktober 2016 festgehalten wurde. Dass es für Dr. med. J. _____ geradezu lächerlich erschien, dass die Beschwerdegegnerin den Antrag der Beschwerdeführerin nicht weiter bearbeitet, da ohne Zweifel derzeit keine Arbeitsfähigkeit bestehe (act. II 78/3), vermag daran nichts zu ändern. Denn er stellte offenbar allein auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab und vermochte als Anästhesiologe nicht aufzuzeigen, inwiefern sich auf seinem Fachgebiet im Vergleich zur Referenzlage im Jahr 2017 eine spezifische Befundänderung ergeben haben soll.

5.2 Was den psychischen Gesundheitszustand anbelangt, kann mit Blick auf den im vorliegenden Kontext herabgesetzten Beweisgrad des Glaubhaftmachens (vgl. E. 2.5 hiervor) hingegen nicht auf die RAD-Stellungnahmen von Dr. med. L. _____ (act. II 68, 84 f.) abgestellt werden. Wenngleich die Hinweise auf eine schwergradige Depression (act. II 63/6) bloss auf testpsychologischen Selbstbeurteilungsskalen (DBI, HADS) beruhen mögen (act. II 68/3), kann diesen Erkenntnissen nicht von vornherein jeglicher Beweiswert abgesprochen werden. Dies umso mehr, als daneben psychopathologische Befunde erhoben und Diagnosen gestellt wurden, die ebenfalls auf eine unter neu anmeldungs- bzw. revisionsrechtlichen Aspekten relevante Gesundheitsverschlechterung hindeuten.

Dr. med. M. _____ stellte anlässlich der psychiatrischen Exploration im Jahr 2016 in Bezug auf die Affektivität noch eine mehrheitlich bloss leichte dysphorische Grundstimmung fest (act. II 37.2/14 Ziff. 4.1.2, 37.2/18 Ziff. 5.1) und sie konnte die vordiagnostizierte mittelschwere bis schwere, später leichte bis mittelgradige depressive Episode nicht (mehr) bestätigen (act. II 37.2/18 Ziff. 5.1). Sie ging diesbezüglich von einer Remission aus und subsumierte die subklinischen depressiven Restsymptome am ehesten unter das chronische Schmerzleiden (act. II 37.2/18 und 37.2/20 Ziff. 5.1, Ziff. 37.2/21 Ziff. 6). Auf psychiatrischem Fachgebiet ergab sich gutachterlich keine nennenswerte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 37.2/20 Ziff. 5.1).

Demgegenüber gingen die behandelnden Ärzte im Nachgang zur rechtskräftigen Verfügung vom 18. April 2017 (act. II 51) wiederum von einer mit-

telschweren affektiven (ICD-10: F32.1 [act. II 63/3, 63/12] bzw. F33.0/1 [act. II 76/5]) bzw. neu von einer somatoformen (ICD-10: F45.4 [act. II 76/5]) Störung aus. Die Klinik H. _____ attestierte für die Zeit der Hospitalisation und bis zwei Wochen nach dem Austritt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. II 63/7) und seitens der Psychiatrischen Dienste I. _____ wurde vorerst eine Arbeitsfähigkeit bloss an einem geschützten Arbeitsplatz als zumutbar erachtet; u.a. beschrieben sie Einschränkungen im Gedankengang, in der Konzentration, eine Abnahme der Leistungsfähigkeit und des Durchhaltevermögens, eine erhöhte Erschöpfbarkeit sowie Schlafstörungen (act. II 63/12). Der Hausarzt med. pract. K. _____ postulierte – allerdings aus fachfremder Perspektive – sogar das Vorliegen von schweren Depressionen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. II 67/2). Im Bericht des psychiatrischen Dienst I. _____ vom 22. August 2018 (act. II 76/4 - 6) hielten Dr. med. N. _____ und die Psychologin O. _____ dezidiert fest, es sei zu einer deutlichen Verschlechterung der Schmerzproblematik gekommen. Im Psychostatus vermerkten sie u.a., die Beschwerdeführerin sei traurig, deprimiert, affektinkontinent, hoffnungslos, resigniert und im Antrieb leicht verlangsamt. Sie diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (act. II 76/5). Zwar wurde der besagte Bericht nicht von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie visiert, was dessen Beweiswert schmälert. Zudem genügen auch die Feststellungen der weiteren Behandler sicherlich nicht als Entscheidungsgrundlage für die Beurteilung des Rentenanspruchs, zumal – wie bereits anlässlich der Begutachtung – weiterhin Anhaltspunkte für ein aggravatorisches bzw. demonstratives Verhalten (act. I 4) und psychosoziale Belastungen (beispielsweise gewalttätiger Nachbarschaftskonflikt [act. II 78/3]) bestehen. Hier geht es indes nicht um den materiell-rechtlichen Leistungsanspruch sondern allein um die Frage, ob eine wesentliche Veränderung zumindest glaubhaft erscheint, was in Anbetracht der veränderten Befunde und Diagnosen sowie der attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bejahen ist. Im Übrigen ist anzumerken, dass die Verwaltung während rund neun Monaten immer wieder zahlreiche RAD-Stellungnahmen in verschiedenen Fachdisziplinen einholte, aus welchen auch konkrete Empfehlungen für weitere Beweismassnahmen hervorgingen (Einholen von Berichten, Kontrolle der Therapieadhärenz durch Serumspiegel [vgl. act. II 84]). Damit

wählte sie ein Vorgehen, dass typischerweise erst im Rahmen einer materiellen Anspruchsprüfung zum Zuge kommt.

5.3 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdeführerin glaubhaft gemacht, dass es seit der mit Verfügung vom 18. April 2017 erfolgten Verneinung des Rentenanspruchs (act. II 51) bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. Februar 2019 (act. II 87) zu einer wesentlichen Änderungen in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen gekommen ist. Demnach ist in Gutheissung der Beschwerde – soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. 1.2 hiervor) – die angefochtene Verfügung vom 19. Februar 2019 (act. II 87) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat auf die Neuanschuldung einzutreten, die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin abzuklären und anschliessend über diese materiell zu entscheiden.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

6.2 Trotz ihres Obsiegens hat die nicht vertretene Beschwerdeführerin nach konstanter Praxis keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da der Aufwand zur Wahrung ihrer Interessen den Rahmen dessen nicht überschritten hat, was der Einzelne üblicher- und zumutbarerweise zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (vgl. BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

6.3 Da der Beschwerdeführerin keine Verfahrenskosten auferlegt werden, ist ihr Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des Gesuchs um un-

entgeltliche Rechtspflege dahingefallen. Entsprechend ist das Verfahren um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege gegenstandslos geworden und vom Geschäftsverzeichnis als erledigt abzuschreiben (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 39 N. 1).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 19. Februar 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie auf die Neuanschreibung eintrete und nach getätigten Abklärungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - 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.