

200 19 483 IV
KOJ/SCM/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. September 2019

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Mai 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1959 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 7. Juni 2010 unter Hinweis auf eine atopische Dermatitis und eine schwere depressive Episode bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 1). Im Rahmen der erwerblichen und medizinischen Erhebungen liess die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) insbesondere ein polydisziplinäres Gutachten der B._____ (MEDAS) vom 10. Juli 2012 (AB 66.1) einholen, gestützt worauf sie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 71, 73) am 14. November 2012 bei einem Invaliditätsgrad von 24 % die Abweisung des Rentenanspruchs verfügte (AB 76). Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 78) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Entscheid vom 11. Februar 2015 (VGE IV/2013/12; AB 84) ab, wobei es in Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs einen Invaliditätsgrad von 30 % ermittelte (E. 4.3 und 5.3; AB 84/12, 84/15).

Mit Neuanmeldung vom 3. August 2017 liess die Versicherte eine gesundheitliche Verschlechterung geltend machen (AB 87). In der Folge tätigte die IVB wiederum medizinische und erwerbliche Abklärungen, anlässlich welcher sie ein neuerliches Gutachten der MEDAS vom 15. Oktober 2018 (AB 123.1, 123.2, 123.3) veranlasste. Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 128, 139, 141) samt Einholung einer weiteren Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 143, vgl. zuvor AB 101) lehnte die IVB einen Rentenanspruch mit Verfügung vom 15. Mai 2019 (AB 144) bei einem Invaliditätsgrad von 30 % abermals ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte am 15. Juni 2019 Beschwerde. Sie beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer Invalidenrente.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. August 2019 schliesst 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 15. Mai 2019 (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).

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

2.4 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]).

2.4.1 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.4.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (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).

2.4.3 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).

2.4.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten, womit die Eintretensfrage gerichtlich nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob eine für den Leistungsanspruch relevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist (vgl. E. 2.4.2 hiervor), wobei der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 14. November 2012 (AB 76), im Ergebnis bestätigt mit Urteil des Verwaltungsgerichts vom 11. Februar 2015 (VGE IV/2013/12; AB 84), mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 15. Mai 2019 (AB 144) zu vergleichen ist (vgl. E. 2.4.3. hiervor).

3.2 Die Beschwerdegegnerin stützte die leistungsabweisende Verfügung vom 14. November 2012 (AB 76) in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 10. Juli 2012 (AB 66.1). Nach einer allgemeininternistischen, psychiatrischen, rheumatologischen und dermatologischen Untersuchung diagnostizierten die Fachärzte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10

F60.5), eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8), ein chronisches Schulterimpingement-Syndrom rechts (ICD-10 M75.9) und ein atopisches Ekzem. Weiter stellten sie diverse Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (AB 66.1/21-22). Aus interdisziplinärer Sicht bestehe für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten seit Dezember 2009 eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die Leistungseinschränkung bei grundsätzlich vollzeitig durchführbarem Pensum resultiere aufgrund des verminderten Rendements und der gelegentlichen Ausfälle. Die bisherige ...-Tätigkeit sei geeignet (AB 66.1/23-24).

Dieses Gutachten wurde vom Verwaltungsgericht als beweiskräftig eingestuft (VGE IV/2013/12, E. 3.3 [AB 84/8-10]).

3.3 Der angefochtenen Verfügung vom 15. Mai 2019 (AB 144) liegen insbesondere die folgenden Berichte zugrunde:

3.3.1 Dr. med. C._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 24. Juli 2017 (AB 87/2) fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich insofern verschlechtert, als ein Fersensporn links seit Beginn 2016, eine Verschlechterung des seit 1997 bekannten Karpaltunnelsyndroms, eine atopische Dermatitis sowie eine mittelgradige bis schwere Depression vorliege. Aufgrund der Depression sowie der Schmerzen in der Fusssohle links und den Beinen bestehe seit Februar 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.3.2 Im Bericht vom 11. September 2017 (AB 96) führte Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert; eine erneute Verschlechterung sei nach dem Tod des Vaters am 4. Juli 2017 eingetreten. Die Diagnosen einer anhaltenden mittelgradigen bis schweren depressiven Episode, aktuell schwere depressive Episode ICD-10 F33.2, sowie einer atopischen Dermatitis hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Seit dem 14. Dezember 2009 bestehe in der bisher ausgeübten Tätigkeit bedingt durch die erneut schwere depressive Symptomatik sowie die Gelenkbeschwerden, aktuell am Fuss und an anderen Gelenken, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ob eine andere Tätigkeit ausgeübt werden könnte, müsste durch eine berufliche Abklärung ermittelt werden.

3.3.3 Im bidisziplinären Gutachten vom 15. Oktober 2018 (AB 123.1, 123.2, 123.3) stellten der psychiatrische und rheumatologische Facharzt im interdisziplinären Konsens mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0 / F33.1). Das persistierende Hypermobilitätssyndrom (ICD-10 M35.7), das intermittierende Schulterimpingement-Syndrom rechts (ICD-10 M75.9) sowie das beidseits linksbetonte Karpaltunnelsyndrom (ICD-10 G56.0) sei ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aus interdisziplinärer Sichte beeinflusse die rezidivierende depressive Störung die Arbeitsfähigkeit insofern, als eine um 30 % verminderte Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Erwerbstätigkeiten bestehe (AB 123.1/7). Aus bidisziplinärer Sicht betrage die Arbeits- und Leistungsfähigkeit seit der letzten Begutachtung im Jahr 2012 in einer Tätigkeit mehrheitlich in schulter-neutraler Stellung, zum Beispiel an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitstisch, mit der Möglichkeit die Arbeitsposition regelmässig selbständig zu wechseln, ohne repetitive Überkopfbewegungen mit dem rechten dominanten Arm sowie ohne körperlich regelmässig mittel- und gar schwer belastende Tätigkeiten 70 % (AB 123.1/8).

3.3.4 In der Stellungnahme vom 15. Februar 2019 (AB 141/5) beurteilte Dr. med. C. _____ die durch die Gutachter erhobenen Befunde und Diagnosen als korrekt, wobei sie diagnostisch noch eine belastende, ausgeprägte atopische Dermatitis bzw. Ekzeme in Falten und beugenbetont anfügte. Aus somatischer Sicht bestünden keine weiteren Bemerkungen; die Arbeitsunfähigkeit sei vor allem durch die rezidivierenden depressiven Episoden und die Komorbidität bedingt.

3.3.5 Dr. med. D. _____ hielt in der Stellungnahme vom 23. Februar 2019 (AB 141/3-4) fest, die von den Gutachtern erhobenen Befunde erschienen abgesehen von der in den letzten Jahren enorm zugenommenen Erschöpfbarkeit korrekt. Auch die Diagnosen seien korrekt und nachvollziehbar gestellt worden. Nicht korrekt sei jedoch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, da die Zunahme der Erschöpfung in den letzten Jahren nicht berücksichtigt worden sei. Das mögliche Arbeitspensum mit einer deutlich reduzierten Leistungsfähigkeit, die für den ersten Arbeitsmarkt nicht ausreichend wäre, werde mit 30 % bis 40 % eingeschätzt.

3.3.6 Im Bericht vom 15. April 2019 (AB 143) führte der RAD-Arzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, wenn es tatsächlich zu der im Einwand vorgebrachten enormen Zunahme der Erschöpfbarkeit (vgl. AB 141/1) gekommen wäre, würde sich dies im Gutachten widerspiegeln, was nicht der Fall sei. Eine enorme Erschöpfbarkeit sei nicht angegeben worden. Auch das Ausmass der gegenüber den Gutachtern geschilderten Alltagsaktivitäten spreche gegen das Vorliegen einer schwergradigen Erschöpfbarkeit. Betreffend die geschilderte Müdigkeit handle es sich um ein Symptom der gutachterlich diagnostizierten depressiven Störung. Die gutachterlich gestellte Diagnose werde vom behandelnden Psychiater nicht bestritten. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die diagnostizierte depressive Störung sei mit den veranschlagten 30 % adäquat berücksichtigt, zumal auch bei der Untersuchung kein Anhalt auf eine abnorme Erschöpfbarkeit bestanden habe. Zudem habe die Hausärztin Dr. med. C. _____ bestätigt, dass die rheumatologischen Befunde korrekt erhoben worden seien. Aus den erhobenen (geringgradigen) Befunden und dem Fehlen von relevanten Funktionsstörungen am Bewegungsapparat ziehe der rheumatologische Gutachter den plausiblen Schluss, dass eine vielfältige Einsetzbarkeit im ersten Arbeitsmarkt bestehe. Was die von der Hausärztin aufgeführte falten- und beugenbetonte atopische Dermatitis anbelange, habe sich die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Beschwerdeführerin keineswegs auf diese bezogen. Zudem seien bei der Untersuchung durch den rheumatologischen Gutachter keine ausgedehnten atopischen Veränderungen aufgefallen. Eine lokale atopische Dermatitis sei lokal und allenfalls systemisch behandelbar und wirke sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit ohne erhöhte Hautbelastung z.B. der Hände aus.

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzuge-

ben, 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).

3.5 Das bidisziplinäre Gutachten vom 15. Oktober 2018 (AB 123.1, 123.2, 123.3) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (E. 3.4 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum aktuellen Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Auch stehen die Fachbeurteilungen in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Beurteilung ein.

3.5.1 In somatischer Hinsicht gelangte der rheumatologische Experte unter sorgfältiger Anamnese- (AB 123.3/1-2) und Befunderhebung (AB 123.3/2-4) zum nachvollziehbaren Schluss, dass die anlässlich der Begutachtung im Jahr 2012 vorliegende Schulterimpingement-Symptomatik (vgl. AB 66.1/18-19) im Verlauf weitgehend regredient gewesen sei (AB 123.3/6) und zum aktuellen Gutachtenszeitpunkt (9. Juli 2018 [AB 123.3/1]) nur noch intermittierend auftrete (AB 123.1/7, 123.3/1, 123.3/5-6). Zudem machte der Gutachter eine tendenzielle Hypermobilität mit einer überdurchschnittlichen Bewegungsfähigkeit des Achsenskeletts

sowie der peripheren Gelenke an den oberen und unteren Extremitäten, bei klinisch neurologisch unauffälligem Befund bis auf ein dokumentiertes Karpaltunnelsyndrom beidseits links mehr als rechts, aus (AB 123.3/4, 123.3/6). Das Hypermobilitätssyndrom lag bereits im Jahr 2012 vor (AB 66.1/18) und auch die allgemeine muskuläre Dekonditionierung besteht unverändert (AB 66.1/18, 123.3/6). Aus rheumatologischer Sicht überzeugt die für körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten im Langzeitverlauf seit dem Gutachten von 2012 unverändert attestierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % (AB 66.1/19, 123.3/7). Auch Dr. med. C._____ beurteilte die Einschätzung des rheumatologischen Gutachters am 15. Februar 2019 als der Realität entsprechend und hatte aus somatischer Sicht keine weiteren Bemerkungen (AB 141/5; siehe zu den Hautproblemen jedoch sogleich). Zudem bewertete der RAD-Arzt Dr. med. E._____ die rheumatologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit am 15. April 2019 als plausibel (AB 143/4).

Die geschilderten Hautprobleme (AB 123.2/3) fanden gegenüber dem Vorgutachten nicht mehr Eingang in die Diagnoseliste („atopisches Ekzem“ [AB 66.1/20-21]). Gemäss dem früheren Gutachter bestanden damals diagnostische Lücken bezüglich der atopischen Dermatitis und der beschriebenen Sensibilisierungen, da keine Testungen und auch keine Therapien durchgeführt worden waren (AB 66.1/20-21). Indessen resultierte aus dermatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 66.1/21, vgl. VGE IV/2013/12, E. 3.3.1 [AB 84/9]). Damit überzeugt, wenn der RAD-Arzt Dr. med. E._____ am 15. April 2019 bezogen auf die von der Hausärztin Dr. med. C._____ am 15. Februar 2019 aufgeführte belastende, ausgeprägte atopische Dermatitis (vgl. AB 141/5) festhielt, eine lokale atopische Dermatitis wäre allenfalls lokal mit Salbe und systemisch, z.B. mittels Medikamenteneinnahme gegen Juckreiz, behandelbar und begründete keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB 143/4).

Bezüglich der von den Dres. med. C._____ und D._____ seit Februar 2010 (AB 87/2; E. 3.3.1 hiervor) bzw. seit Dezember 2009 (AB 96/3; E. 3.3.2 hiervor) attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit ist zu bemerken, dass diese Einschätzungen der mit VGE IV/2013/12 (AB 84) bestätigten rentenabweisenden Verfügung vom 14. November 2012 (AB 76) mit

Zugrundelegung einer 70%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit seit Dezember 2009 (vgl. AB 66.1/23, 76/1, 84/10) widersprechen, weshalb auf die entsprechenden Angaben nicht abgestellt werden kann.

3.5.2 In psychiatrischer Hinsicht gelangte der Gutachter unter Berücksichtigung der Anamnese- (AB 123.2/1-3) und Befunderhebung (AB 123.2/4) bei unter anderem erhobener depressiver Stimmung mit etwas verminderter Freude, herabgesetztem Antrieb, Schlafstörungen in der Nacht, erhöhter Ermüdbarkeit am Tag, Insuffizienzgedanken bei durchaus erhaltenem Selbstwert und negativen Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation zum nachvollziehbaren und einleuchtenden Schluss, dass eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1), vorliege (AB 123.2/4-5). Der Experte führte überzeugend aus, dass auch der behandelnde Dr. med. D._____ weiterhin eine mittelgradige bis schwere depressive Episode sowie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angab (Bericht vom 24. Juni 2010 [AB 21/2-3 Ziff. 1.1 und 1.6] und 11. September 2017 [AB 96/2-3 Ziff. 3 und 11]), mithin von einem unveränderten Gesundheitszustand ausgehe (vgl. AB 123.2/6). Die im Jahr 2012 diagnostizierte anankastische und narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5, F60.8 [AB 66.1/14]) konnte der Gutachter aufgrund der Untersuchung im Juli 2018 nicht bestätigen. Die Beschwerdeführerin habe früher stets gearbeitet und ein lebenserhaltendes Einkommen erwirtschaftet, dies bei trotz allem normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Dagegen entwickle sich eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 seit der Kindheit und manifestiere sich im frühen Erwachsenenalter auf Dauer. Insgesamt sah der psychiatrische Gutachter eine Verschlechterung nicht als erwiesen an (AB 123.2/6). Damals wie aktuell attestierten die psychiatrischen Experten eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, wobei sich die Einschränkungen im Jahr 2012 mit den psychopathologischen Erhebungen wie Einschränkungen bezüglich der Anpassungsfähigkeit, der Umstellungsfähigkeit und der Teamfähigkeit sowie einer gewissen Verlangsamung begründeten (AB 66.1/14-15). In der Expertise von 2018 führte der Gutachter die Leistungseinschränkung auf die affektive Störung bzw. die damit verbundene Ermüdbarkeit zurück (AB 123.2/7). Dabei berücksichtigte er insbesondere auch die rechtsprechungsgemäss geforderte Abhandlung im Rahmen eines strukturierten

Beweisverfahrens (AB 123.2/5-6; vgl. BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Schliesslich bezeichnete RAD-Arzt Dr. med. E. _____ die um 30 % eingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit denn auch als adäquat (AB 143/3).

Soweit der behandelnde Dr. med. D. _____ darauf hinweist, dass eine in den letzten Jahren enorm zugenommene Erschöpfbarkeit bestehe, welche zu einer reduzierten Leistungsfähigkeit von lediglich 30 % bis 40 % führe (AB 141/4), kann darauf gestützt auf die überzeugenden Ausführungen von Dr. med. E. _____ vom 15. April 2019 (AB 143), wonach für die geltend gemachte grosse Erschöpfbarkeit der Beschwerdeführerin keine hinreichenden Anhaltspunkte bestehen, nicht abgestellt werden. Zum einen enthält das Gutachten keinen Hinweis auf eine enorme Erschöpfbarkeit und war die Beschwerdeführerin doch anlässlich der Untersuchung wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert und konnte die Anamnese gut erhoben werden (AB 123.2/4). Sie gab gegenüber dem Gutachter zwar an, es bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit am Tag (AB 123.2/2, 123.2/4), welche im Rahmen der affektiven Störung denn auch mit einer um 30 % reduzierten Leistungsfähigkeit berücksichtigt wurde (AB 123.2/7), jedoch findet sich kein objektiver Beleg für die vorgebrachte darüber hinausgehende Müdigkeit. Überdies berichtete die Beschwerdeführerin bereits anlässlich der Begutachtung im Sommer 2012 von einer grossen Erschöpfung (AB 66.1/7). Zum anderen stehen der Annahme einer grösseren bzw. enormen Erschöpfbarkeit die geschilderten Alltagsaktivitäten mit regelmässigem Aufstehen um 6.30 Uhr, Lesen und Stricken, Spaziergängen bis zu 1.5 Stunden sowie selbständiger Erledigung des Haushalts entgegen (vgl. AB 123.2/3, 123.2/6, 123.3/2). In diesem Zusammenhang ist schliesslich auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte wie auch die behandelnden Spezialärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Schliesslich lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits auch nicht zu, ein Administrativ-

oder Gerichtsgutachten stets infrage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.5.3 Zusammenfassend ist erstellt, dass im massgeblichen Vergleichszeitpunkt (E. 3.1 hiervor) zwar eine unterschiedliche diagnostische Einordnung der medizinischen Ausgangslage vorliegt (AB 66.1/21, 123.1/7), diese jedoch allein eine unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel unerhebliche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes darstellt (vgl. E. 2.4.2 hiervor). Denn die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ist unverändert geblieben und die Beschwerdeführerin ist in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit seit der Vorbegutachtung von 2012 zu 70 % arbeits- und leistungsfähig, wobei die 30%ige Leistungseinschränkung gleichbleibend aus psychiatrischen Gründen besteht (AB 66.1/23, 123.1/7-9, 123.2/7). Die massgeblichen funktionellen Einschränkungen haben sich einzig insofern verändert, als die Erstgutachterin diese aufgrund der Persönlichkeitsstörung im Zusammenhang mit der Anpassungsfähigkeit, Umstellungsfähigkeit, Teamfähigkeit und einer gewissen Verlangsamung sah (AB 66.1/14), der Zweitgutachter diese demgegenüber mit der erhöhten Ermüdbarkeit im Rahmen der affektiven Störung begründete (AB 123.2/7). Das Ausmass der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist hingegen im Verlauf seit 2012 erstelltermassen unverändert geblieben (AB 123.2/7), womit keine wesentliche Änderung in den medizinischen Verhältnissen vorliegt, die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 hiervor).

3.6 Nach dem Dargelegten ist ein medizinischer Revisionsgrund nicht ausgewiesen. Auch in erwerblicher oder sonstiger tatsächlicher Hinsicht ist eine revisionsrechtlich relevante Veränderung weder ersichtlich noch wird eine solche geltend gemacht, weshalb auch diesbezüglich kein Neuanmeldungsgrund vorliegt. Damit hat der seinerzeit ermittelte rentenausschliessende Invaliditätsgrad von 30 % (AB 84/15) weiterhin Gültigkeit. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 15. Mai 2019 (AB 144) 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 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.