

200 19 743 IV
FUR/SCC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil der Einzelrichterin vom 6. Dezember 2019

Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. August 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1969 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im April 2016 unter Hinweis auf eine virale Hirnhautentzündung bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 19). Mit Verfügung vom 9. November 2017 lehnte die IVB einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung ab (AB 107), was das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 20. Juli 2018 (IV/2017/1090; AB 129) und das Bundesgericht mit Entscheid vom 21. Dezember 2018 bestätigten (8C_635/2018; AB 138).

Am 20. September 2018 reichte die Versicherte ein „Revisionsgesuch“, zusammen mit Arztberichten, ein (AB 134). Nach einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 27. März 2019 (AB 141 S. 3 f.) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 2. April 2019 in Aussicht, es werde auf die Neuanmeldung nicht eingetreten (AB 142). Hiergegen erhob die Versicherte Einwände und reichte weitere Arztberichte ein (AB 144, 151, 154, 157 f.). Nach einer Stellungnahme des RAD vom 8. August 2019 (AB 159 S. 3 ff.) trat die IVB mit Verfügung vom 13. August 2019 auf die Neuanmeldung nicht ein, da die Versicherte nicht glaubhaft dargelegt habe, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung vom 9. November 2017 wesentlich verändert haben (AB 160).

B.

Am 20. September 2019 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung vom 13. August 2019 sei aufzuheben, es sei auf die Neuanmeldung einzutreten und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Nachdem das Verfahren zunächst auf die Prüfung der Rechtzeitigkeit der Beschwerde beschränkt wurde, beantragte die Beschwerdegegnerin, mit Eingabe vom 25. September 2019, es sei auf die Beschwerde einzutreten, da die Beschwerdefrist am 20. September 2019 geendet habe. Mit Beschwerdeantwort vom 28. Oktober 2019 beantragte sie die 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 13. August 2019 (AB 160). Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuankündigung vom 20. September 2018 (AB 134) nicht eingetreten ist.

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 des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades 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). 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).

Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht gerade jenes Anspruchselement betreffen, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr hat es zu genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200). Diese Regeln zur Behandlung von Neuanmeldungen beziehen sich nur auf gleichlautende Leistungsgesuche (SVR 1999 IV Nr. 21 S. 64).

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

2.4 Die versicherte Person muss mit der Neuanschuldung oder dem Revisionsgesuch die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Wird in der Neuanschuldung oder dem Revisionsgesuch kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergibt 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).

2.5 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 Zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin eine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat. Dabei ist der Sachverhalt zur Zeit der leistungsablehnenden Verfügung vom 9. November 2017 (AB 107), welche mit Urteil des Verwaltungsgericht des Kantons Bern vom 20. Juli 2018 (IV/2017/1090; AB 129) und Entscheid des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2018 (8C_635/2018; AB 138) bestätigt worden war, zu vergleichen mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. August 2019 (AB 160) entwickelt hat (E. 2.3 hiavor).

3.2 Die leistungsablehnende Verfügung vom 9. November 2017 (AB 107) stützte sich auf den neuropsychologischen Bericht von Dr. phil. C._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, RAD, vom 16. Januar 2017 (AB 72) und das bidisziplinäre (neurologische und psychiatrische) Gutachten der Dres. med. D._____, Facharzt für Neurologie, und E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. September 2017 (AB 97.1).

3.2.1 Im Untersuchungsbericht vom 16. Januar 2017 hielt der RAD-Arzt Dr. phil. C. _____ als „Neuropsychologische Diagnose“ „[w]ahrscheinlich durch funktionelle Artefakte bedingte Kognitionsstörungen ohne adäquates zerebrales Korrelat und ohne eigenen Krankheitswert“ fest (AB 72 S. 10). Aufgrund der aufgezeigten Widersprüche und Inkonsistenzen müsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem funktionellen Geschehen mit suboptimalem Leistungsverhalten bzw. Selbstlimitierung bzw. von einer symptomverstärkenden Darstellung bei der Ausführung der ... ausgegangen werden. Dadurch verlören sämtliche erhobenen Befunde ihre Validität und ihre neuropsychologische Interpretierbarkeit als Ausdruck einer zerebralen Dysfunktion. Da die Beschwerdeführerin in zwei Beschwerdewalidierungsverfahren die kritischen Grenzen lediglich leicht unterschritten und in anderen Aspekten der Beschwerdewalidierung teilweise auch konsistente Befunde geliefert habe, könne jedoch lediglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, nicht aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einer funktionellen Ursache ausgegangen werden. Neben den Ergebnissen der Beschwerdewalidierung, die eher für ein funktionelles Geschehen und gegen eine zerebrale Ätiologie der produzierten Testdefizite sprächen, wären die produzierten Testdefizite auch kaum im Rahmen einer viralen Meningitis (ohne Enzephalitis und ohne weitere Komplikationen) schlüssig und hinreichend erklärbar. Mit diesem Ergebnis bestätige sich die Einschätzung der Neuropsychologen des Spitals G. _____, welche in ihrem Bericht vom 16. Februar 2016 ebenfalls am ehesten von einer funktionellen Ursache der gezeigten kognitiven Einschränkungen ausgegangen seien (AB 72 S. 10).

3.2.2 Im neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 2. September 2017 hielten die Dres. med. D. _____ und E. _____ die folgenden Diagnosen fest (AB 97.1 S. 11 f. und 18):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Verdacht auf dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung im Sinne einer dissoziativen Störung (ICD-10 F44.7)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Zustand nach viraler Meningitis
- Organisch nicht zuordenbare Gangstörung, Gleichgewichts- und Bewegungsstörung sowie kognitive Beeinträchtigungen

- Zustand nach Diskektomie LWK5/SWK1 2004
- Spannungskopfschmerzen
- Rezidivierend depressive Episoden, derzeit remittiert (ICD-10 F33.4)

In der Konsensbesprechung hielten die Gutachter fest, aus neurologischer Sicht müssten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. In der klinisch-neurologischen Untersuchung finde sich eine inkonsistente Befundlage. Aus neurologischer Sicht sei als Folge der viralen Meningitis ab 2. November 2015 bis zum 31. Januar 2016 von einer 100 %igen und ab diesem Zeitpunkt bis zum 1. April 2016 von einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Ab diesem Zeitpunkt bestehe aus rein neurologischer Sicht eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... sowie in jeglicher anderer dem ... und der Konstitution angepassten beruflichen Tätigkeit.

Aus psychiatrischer Sicht liege auf Grund des in der neurologischen Begutachtung ausgeschlossenen somatischen Grundes für die Bewegungsstörung definitiv eine dissoziative Problematik im Sinne einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10 F44.7) vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe unter Berücksichtigung der Indikatoren eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % im angestammten Beruf als In einer Tätigkeit als ... und ... könne die Beschwerdeführerin aus rein psychiatrischer Sicht gesehen eine 40 %ige Leistung, d.h. 3.5 Stunden pro Tag, arbeiten. Eine Steigerung auf 50 % sei in den kommenden 12 Monaten möglich. Eine „höhere“ Leistung sei ihr nicht zumutbar, denn sie würde schnell zu einer Dekompensation auch vor allem auf affektiver Ebene führen, denn die Beschwerdeführerin brauche viel psychische Energie, um im Gleichgewicht zu bleiben, zeige sie doch jetzt schon eine psychische Dekompensation in Richtung dissoziativer Symptomatik (AB 97.1 S. 25).

3.3 Im Rahmen der Neuanmeldung vom 20. September 2018 (AB 134) reichte die Beschwerdeführerin die folgenden Berichte ein:

3.3.1 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 5. Februar 2018 wurde ausgeführt, es könne zur Ätiologie der heutigen neuropsychologischen Ausfälle nicht abschliessend Stellung genommen werden; die schwere Abbruchstörung für sowohl verbale wie nonverbale Inhalte (konstatiert durch Dr.

phil. C._____) habe sich heute erheblich zurückgebildet. Es liege vielmehr noch eine Störung des verbalen Lernens vor. Das Ausfallmuster sei ätiologisch unspezifisch; theoretisch könnte ein Restzustand nach Encephalitis für die mnestischen und exekutiven Defizite in Frage kommen, denkbar wäre ebenfalls theoretisch eine funktionelle Genese (AB 134 S. 8).

3.3.2 Laut Bericht des Spitals G._____, vom 18. Februar 2018 – nach einer MRI-Untersuchung des Kopfes – liege ein vollständig regredientes, vormals diskretes, leptomeningeeales Enhancement vor. Es bestehe kein Hinweis auf eine stattgehabte Encephalitis. Es liegen ein stationäres Kavernom (Zabramski 2) und eine assoziierte kleine DVA im Lobulus paracentralis links sowie eine kleine DVA rechts frontal vor (AB 134 S. 4).

3.3.3 Im Bericht vom 24. April 2018 führte Prof. Dr. med. Dr. sc. nat. H._____, Facharzt für Ophthalmologie, Spital G._____, aus, die Gesichtsfelddefekte seien so gering ausgeprägt, dass sie keine relevanten Einschränkungen der visuellen Funktionen darstellten. Für den Blepharospasmus liege seines Erachtens kein anatomisches Korrelat vor (AB 134 S. 9).

3.3.4 Im Bericht vom 10. Juli 2018 diagnostizierte Prof. Dr. med. I._____, Fachärztin für Neurologie, Spital G._____, funktionelle neurologische Störungen mit Zuckungen und Gangstörungen (ICD-10 F44.4; AB 144 S. 5 f.).

3.3.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. J._____, Fachärztin für Neurologie, hielt in der Stellungnahme vom 27. März 2019 fest, neu vorgelegt werde eine MRI-Untersuchung des Kopfes vom 18. Februar 2018. Hier werde eine Rückbildung der primär diskret bestandenen Störungen beschrieben. Es fänden in der Bildgebung weiterhin keine Hinweise auf eine stattgehabte Encephalitis. Aus dem neuropsychologischen Befund vom 5. Februar 2018 könne keine tatsächliche Verschlechterung der Leistungsfähigkeit abgeleitet werden. Es werde zwar über leichte Störungen in einzelnen Teilbereichen berichtet, daraus allein lasse sich jedoch kein neuropsychologisches Defizit mit Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit ableiten. Des Weiteren bestehe die bei der Untersuchung durchgeführte Beschwerdevalidierung lediglich aus einem Test (Pseudogedächtnistests Rey-Matrix), der allein

nicht die Kriterien der geforderten komplexen Beschwerdevalidierung erfülle. Im augenärztlichen Befund vom 24. April 2018 werde eine diskrete relative homonyme Hemianopsie nach links diagnostiziert. Der Gesichtsfelddefekt sei so gering ausgeprägt, dass sich daraus keine relevanten Einschränkungen der visuellen Funktionen ergäben. Auch bezüglich des Blepharospasmus bestehe weder ein therapeutischer Bedarf noch eine funktionelle Einschränkung. Aus den neu vorgelegten Befunden lasse sich keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ableiten (AB 141 S. 4).

3.3.6 Im Bericht des Spitals F._____, vom 29. Mai 2019 wurde ein hochgradiger Verdacht auf ein somatoformes Zustandsbild diagnostiziert. Im klinischen Befund wurde festgehalten, fokal neurologisch liege kein objektivierbares Defizit, insbesondere kein Hinweis auf cerebelläre Zeichen in der spezifischen Testung (Provokationstestung, Romberg, Okulomotorik) vor. Es bestehe eine fluktuierende, ablenkbare Gangstörung, welche keinem neurologischen Muster zugeordnet werden könne. Es beständen immer wiederkehrende, jedoch allseits ablenkbare Extension und Flexion der Arme und Beine, sowie immer wiederkehrende willkürlicher Augenschluss. In der Beurteilung wurde ausgeführt, die Gangstörung, die Schwindelsymptomatik sowie die Zuckungen aufgrund der Ablenkbarkeit der fluktuierenden Präsentation und der fehlenden Zuordnung zu einem bekannten Muster sowie der fehlenden cerebellären Defizite in der klinischen Testung sei im Rahmen eines somatoformen Zustandsbildes zu werten. Ebenso sei der präsentierte immer wiederkehrende willkürliche Lidschluss aus neurologischer Sicht keinem Blepharospasmus typischen Bild zuzuordnen, sodass hier eine funktionelle Genese am wahrscheinlichsten erscheine (AB 151 S. 36 ff.).

3.3.7 Im Bericht vom 16. Juni 2019 diagnostizierte med. prakt. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine dissoziative Bewegungs- und Sensibilitätsstörung (ICD-10 F44.4 und F44.6) sowie ein protrahiertes postvirales Erschöpfungssyndrom (G93.3). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % und hielt fest, die schwerwiegende und sehr stark einschränkende Symptomatik sei authentisch und nicht willentlich zu steuern. Er führte aus, es handle sich um einen protrahierten Verlauf mit Gefahr der Chronifizierung. Angesichts der bisherigen Entwick-

lung könne die Abwendung einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit wohl nur durch eine Intensivierung therapeutischer Bemühungen erzielt werden, wobei die Erfolgchance begrenzt sei (AB 150).

3.3.8 Im Bericht vom 20. Juli 2019 diagnostizierte Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine dissoziative Bewegungs- und Sensibilitätsstörung sowie ein protrahiertes postvirales Erschöpfungssyndrom, ein komplexes psychosomatisches Beschwerdebild nach viraler Meningitis im November 2015 mit dauerhaft Kopfweg, Erschöpfung und Gangstörungen; Farbsehen sei seit 2018 wieder möglich. Es ergäbe sich ein unverändertes, chronifiziertes Beschwerdebild. Der Hausarzt attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % und hielt fest, seit März 2019 habe das Restless-Legs-Syndrom und damit die Schlafqualität verbessert werden können (AB 157 S. 2 f.).

3.3.9 In der Stellungnahme vom 8. August 2019 führte RAD-Ärztin Dr. med. J._____, die im Rahmen einer Konsultation bei Prof. Dr. med. I._____ geschilderten Symptome und der Befund entsprechen dem klinischen Bild zum Zeitpunkt der Begutachtung 2017 bei den Dres. med. D._____ und E._____. Auch damals sei bereits die Diagnose einer dissoziativen Störung gestellt worden (ICD-10 F44.7). Aus diesem Befund lasse sich also kein neuer Aspekt bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ableiten. Gleiches gelte für den Konsultationsbericht des Spitals F._____, vom 29. Mai 2019. Auch hier würden die bekannten Symptome aufgeführt und die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung gestellt. Dem Bericht liege ein umfassender Untersuchungsbogen bei. Weiterhin würden eine Vielzahl von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Arbeitsunfähigkeit 80 % attestiert von Dr. med. M._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. L._____) vorgelegt. Weitere medizinische Informationen seien hier nicht enthalten. Gemäss Bericht vom 16. Juni 2019 des behandelnden Psychiaters med. prakt. K._____ befinde sich die Patientin seit November 2017 in einer ambulanten psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung. Der Psychiater habe dissoziative Bewegungs- und Sensibilitätsstörungen und ein protrahiertes postvirales Erschöpfungssyndrom diagnostiziert. Eine Darlegung von Befunden und/oder die Diskussion der Diagnosen seien nicht erfolgt.

Vom Hausarzt Dr. med. L. _____ werde im Bericht vom 20. Juli 2019 ein komplexes psychosomatisches Beschwerdebild nach viraler Meningitis im November 2015 mit dauerhaft Kopfweg, Erschöpfung und Gangstörungen attestiert; Farbsehen sei seit 2018 wieder möglich. Die Angabe von "dauerhaft Kopfweg, Erschöpfung" widerspreche den anamnestischen Angaben der Patientin vom 29. Mai 2019 während der Konsultation im Spital F. _____. Dort werde ausgeführt: Hörstörung; Kopfschmerzen würden ebenso im Rahmen der heutigen Konsultation verneint. Für die Patientin stehe vorwiegend die Unsicherheit beim Gehen im Vordergrund. Zudem sei im Rahmen dieser Konsultation bis auf die Angabe von Schwäche in den Extremitäten eine völlig unauffällige Systemanamnese erhoben worden. Somit fänden sich hier nicht nur sehr gegensätzliche anamnestische Angaben, sondern die Angaben vom 29. Mai 2019 ständen auch im Gegensatz zu der vom Hausarzt und Psychiater diskutierten Diagnose "postvirales Erschöpfungssyndrom". Die in diesem Bericht weiter genannten Diagnosen seien entweder bereits ausführlich diskutiert worden bzw. seien versicherungsmedizinisch nicht relevant (Restless-Legs-Syndrom 03/19 mit guten Ansprechen auf Pramipexol oder Folsäuremangel 07/19 therapierbar). Es sei festzustellen, dass sich auch unter Berücksichtigung der neu vorgelegten Berichte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit November 2017 keinesfalls belegen lasse (AB 159 S. 3).

3.4

3.4.1 Laut VGE IV/2017/1090 waren die geklagten Beschwerden – gemäss dem neurologisch-psychiatrischen Gutachten der Dres. med. D. _____ und E. _____ (AB 97.1), welches die allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an medizinische Berichte erfüllte – organisch bzw. neurologisch nicht zuordenbar bzw. im Rahmen eines funktionellen Geschehens zu beurteilen, weshalb aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (IV/2017/1090, E. 3.3 [AB 129 S. 13]). Die (auch vom Neuropsychologen Dr. phil. C. _____ postulierte) Einschätzung des Neurologen Dr. med. D. _____, die geklagten Beschwerden seien überwiegend funktioneller Natur, stand mit der übrigen medizinischen Aktenlage im Einklang (IV/2017/1090, E. 3.7 [AB 129 S. 17 f.]). In psychischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. E. _____ eine dissoziative Problematik

im Sinne einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10 F44.7) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... und in einer den Leiden angepassten Tätigkeit (IV/2017/1090, E. 3.8.2 [AB 129 S. 18]). Im Lichte der Standardindikatoren von BGE 141 V 281 war diese und folglich eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Invalidität beweismässig nicht hinreichend erstellt, womit die gesamtgutachterlich attestierte, allein psychisch bedingte 100 %ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bzw. die 60 %ige Arbeitsunfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit rechtlich nicht ausgewiesen und folglich nicht zu übernehmen war (IV/2017/1090, E. 3.13 [AB 129 S. 26 f.]). Das Bundesgericht bestätigte mit Entscheid vom 21. Dezember 2018 (8C_635/2018), die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden seien überwiegend funktioneller Natur (E. 5.1 E. 5.1 [AB 138 S. 5]) und die gutachterlich attestierte 100 %ige (angestammte Tätigkeit) respektive 60 %ige (leidensangepassten Tätigkeit) Arbeitsunfähigkeit sei rechtlich nicht relevant sowie es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor (E. 6.4 [AB 138 S. 12]).

3.4.2 Mit den im Rahmen der Neuanschuldung von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Berichten hat sich die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ in den Stellungnahmen vom 27. März und 8. August 2019 einlässlich auseinandergesetzt (AB 141 S. 3 f., 159); ihre Beurteilungen sind nachvollziehbar und schlüssig. Es fanden sich weder in der neuen MRI-Untersuchung des Kopfes vom 18. Februar 2018 neue Hinweise für eine stattgehabte Encephalitis noch ergab der neuropsychologische Befund vom 5. Februar 2018 eine Verschlechterung der Leistungsfähigkeit (vgl. AB 134 S. 4 und 8, 141 S. 4). Auch aus dem augenärztlichen Befund im Bericht des Prof. Dr. med. Dr. sc. nat. H. _____ vom 24. April 2018 war keine Verschlechterung auszumachen (AB 134 S. 9, 141 S. 4). Die im Bericht von Prof. Dr. med. I. _____ vom 10. Juli 2018 geschilderten Symptome und der Befund entsprachen dem klinischen Bild zum Zeitpunkt der Begutachtung im Jahr 2017 durch die Dres. med. D. _____ und E. _____. Daraus lässt sich kein neuer Aspekt bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ableiten (vgl. AB 144 S. 5 f., 159 S. 3). Gleiches gilt für den Bericht des Spitals F. _____, vom 29. Mai 2019 (AB 151 S. 36 f.).

Es wurden die bereits bekannten Symptome erwähnt und die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung gestellt (AB 159 S. 3). Den diversen Bescheinigungen einer Arbeitsunfähigkeit durch die Hausärzte sind weder medizinische Informationen noch Hinweise für eine Verschlechterung des Gesundheitsschadens zu entnehmen (AB 149 S. 2 ff.). Der behandelnde Psychiater med. prakt. K. _____ diagnostizierte im Bericht vom 16. Juni 2019 dissoziative Bewegungs- und Sensibilitätsstörungen und ein protrahiertes postvirales Erschöpfungssyndrom (AB 150). Einerseits äusserte sich der Psychiater nicht zu den Befunden; andererseits hatte bereits der Gutachter Dr. med. E. _____ eine dissoziative Problematik im Sinne einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung diagnostiziert (ICD-10 F44.7; AB 97.1 S. 18). Es ist somit auch aus diesem Bericht keine Verschlechterung ersichtlich. Bezüglich des Berichts des Hausarztes Dr. med. L. _____ vom 20. Juli 2019, worin dieser ein komplexes psychosomatisches Beschwerdebild nach viraler Meningitis im November 2015 mit dauerhaft Kopfweg, Erschöpfung und Gangstörungen attestierte (AB 157 S. 2), wies die RAD-Ärztin nachvollziehbar daraufhin, dass die Angaben des Hausarztes von "dauerhaft Kopfweg, Erschöpfung" den anamnestischen Angaben anlässlich der Konsultation im Spital F. _____, widersprächen (AB 151 S. 37, 159 S. 4). Letztlich ist auch dem Bericht des Hausarztes keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit November 2017 zu entnehmen.

3.5 Nach dem Dargelegten ist – wie die Beschwerdegegnerin mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Berichte und unter Berücksichtigung der Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ zutreffend festgehalten hat – im Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) keine massgebliche Veränderung glaubhaft gemacht. Die Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 13. August 2019 (AB 160) erscheint noch gerade nicht als leichtsinnig oder mutwillig, sie ist jedoch offensichtlich unbegründet und 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 Die Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet die Einzelrichterin:

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 Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Einzelrichterin:

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.