

200 19 886 IV  
SCP/ZID/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 17. April 2020**

Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Zimmermann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. Oktober 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1965 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Oktober 2008 unter Hinweis auf die Folgen eines am 29. April 2008 erlittenen Autounfalls (HWS-Distorsion ohne organisches Substrat) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 7/38, 7/17; vgl. auch AB 14). In der Folge nahm die IVB Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor; parallel dazu verneinte sie einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (AB 19 f.). Nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 29/3) und nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 30 f.) verneinte die IVB mangels einer invaliditätsrelevanten Erkrankung mit Verfügung vom 6. August 2009 einen Anspruch auf IV-Leistungen (AB 33). Diese Verfügung wurde durch das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit unangefochten gebliebenem Urteil vom 29. Oktober 2010, IV/2009/900, geschützt (AB 42).

Im März 2018 ersuchte die Versicherte unter Hinweis auf einen zunehmend verschlechterten Gesundheitszustand erneut um Zusprechung von Leistungen (AB 50). Nach Eingang entsprechender Arztberichte (AB 52, 60) und Stellungnahmen des RAD (AB 55, 62) trat die IVB mit Verfügung vom 14. Dezember 2018 (nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens [AB 56, 58]) mangels glaubhaft gemachter wesentlicher Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse auf das neue Leistungsbegehren nicht ein (AB 63). Diese Verfügung blieb unangefochten.

### **B.**

Im Mai 2019 meldete der Hausarzt die Versicherte zur Früherfassung an (AB 64), ehe diese sich selber im Juni 2019 erneut zum Leistungsbezug anmeldete (AB 66 ff.). Der RAD ging mit Stellungnahmen vom 17. September 2018, 11. Dezember 2018 und 16. August 2019 erneut von einer un-

veränderten Situation gegenüber dem Referenzzeitpunkt aus (AB 55/5, 62/3, 71/4), gestützt worauf die IVB mit Vorbescheid vom 21. August 2019 ein Nichteintreten auf das neue Leistungsbegehren in Aussicht stellte (AB 72). Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 75, 77) verfügte die IVB am 18. Oktober 2019 wie angekündigt (AB 79).

### **C.**

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 19. November 2019 Beschwerde erheben und beantragen, die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, auf das Leistungsbegehren einzutreten. Gleichzeitig ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ als amtlicher Anwalt.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 16. Dezember 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 19. Dezember 2019 erachtete der Einzelrichter im Rahmen einer summarischen Beurteilung der Erfolgsaussichten die Beschwerde als aussichtslos, weshalb er das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ohne weitere Prüfung der geltend gemachten finanziellen Bedürftigkeit abwies. Durch Leistung des Kostenvorschusses hielt die Beschwerdeführerin an der Beschwerde fest und nahm mit Schlussbemerkungen vom 5. März 2020 Stellung.

### **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 18. Oktober 2019 (AB 79). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom Juni 2019 (AB 66) zu Recht 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** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 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 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 Sachverhalts 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. 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 Neu anmeldungsverfahren – 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** Zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin eine erhebliche Änderung des Sachverhalts, die geeignet ist, ihren Anspruch auf Leistungen der IV zu beeinflussen, in zureichender Weise glaubhaft gemacht hat (vgl. E. 2.3 hiervor). Die einzige materielle Prüfung erfolgte in der Verfügung vom 6. August 2009, mit welcher das Leistungsbegehren abgewiesen wurde (AB 33; im Rahmen der Neuanschuldung im Jahr 2018 erfolgte keine materielle Prüfung [vgl. AB 63]). Diese Verfügung bildet die zeitliche Vergleichsbasis für die Frage, ob bis zum Erlass der hier angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 18. Oktober 2019 (AB 79) eine erhebliche Veränderung des Sachverhalts glaubhaft eingetreten ist (vgl. E. 2.4 hiervor).

**3.2** Die Beschwerdegegnerin stützte die Verfügung vom 6. August 2009 (AB 33) im Wesentlichen auf folgende medizinische Unterlagen:

**3.2.1** Anlässlich eines ambulanten Assessments in der Rehaklinik C. \_\_\_\_\_ vom 12. August 2008 wurde eine HWS-Distorsion QTF II infolge einer linksfrontalen Autokollision am 29. April 2008 mit/bei zervikobrachialem sowie hemikorporellem Schmerzsyndrom links ohne klare Zuordnungsmöglichkeit sowie erheblicher Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und subjektiven Beschwerden bzw. demonstriertem Verhalten und deshalb sehr wahrscheinlicher psychogener, psychosozial begründeter Überlagerung diagnostiziert (AB 7/38 Mitte = 13/28 Mitte). Aus medizinisch-diagnostischer Sicht wäre bei guter Kooperation und Leistungsbereitschaft mit einer optimalen Therapie eine erhebliche Verbesserung der Beschwerden und der arbeitsbezogenen Belastbarkeit zu erreichen. Aufgrund der gezeigten erheblichen Symptomausweitung sei der Erfolg indessen in Frage zu stellen (AB 7/38 f. = 13/28 f.). Die Vorschläge zum weiteren Prozedere gestalteten sich schwierig, zumal überaus frappante Diskrepanzen zwischen objektiven Befunden und geschilderten Beschwerden bzw. demonstriertem Verhalten bestünden. Rein somatisch bestehe eine freie Beweglichkeit des Nackens bei diffuser und unspezifischer Druckdolenz, welche wiederum abhängig vom Untersuchungszeitpunkt gewesen sei. Auf der einen Seite habe die Beschwerdeführerin zwar eine minimale Belastbarkeit erreicht und schildere, dass ihre Schmerzen auf der Schmerzskala nicht

katastrophal seien, auf der anderen Seite limitiere sie sich überaus stark, setze die Schmerzen stark in den Vordergrund ihres Verhaltens, zeige aber auch hierbei Inkonsistenzen zwischen spontaner Motorik und jener im Untersuchungssetting. Auch sei zu keiner Zeit eine wirkliche Motivation spürbar gewesen, aktiv etwas an der Gesamtsituation ändern zu wollen. Sie sei stets in ihrer Krankheitsrolle verharnt. Es müsse auch erwähnt werden, dass nicht unerhebliche psychogene Überlagerungen möglich seien, welche im psychosozialen Setting zu suchen seien; daher sei ein therapeutischer Approach unrealistisch, solange diese möglichen Problemkonstellationen nicht behoben würden. Die Beschwerdeführerin sollte vor der eigenen Passivität und einer Passivisierung von aussen geschützt werden (AB 7/40 = 13/30).

**3.2.2** Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, fand gemäss Bericht vom 15. September 2008 auf seinem Fachgebiet keine Hinweise für Organschäden bzw. eine organisch-strukturelle Läsion des Nervensystems. Bei Fehlen einer entsprechenden Klinik, so auch eines radikulären Syndroms, hätten auch die im MRI beschriebenen Diskusprotrusionen keinen weiteren Krankheitswert bzw. könnten diese MRI-Befunde die aktuellen Beschwerden bzw. Befunde nicht erklären. Vielmehr lasse die diffuse Druckschmerzhaftigkeit der Weichteile an ein myofaszielles Schmerzsyndrom denken, andererseits bestehe auch, wie bereits in den Akten vermerkt, der Verdacht auf eine Symptomausweitung bzw. Schmerzverarbeitungsstörung (AB 7/27 = 13/21).

**3.2.3** Die Suva-kreisärztliche Untersuchung vom 21. Oktober 2008 war gemäss Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, geprägt von Diskrepanzen mit wechselnder Beweglichkeit, sowohl der HWS, der Schulter links als auch der LWS. Die angegebene Sensibilitätsminderung der linken Körperhälfte sei auf organischer Ebene nicht erklärbar. Die demonstrierte Kraftminderung beim instrumentellen Prüfen der Faustschlusskraft zeige einerseits stark divergierende Werte links und kontrastiere mit dem muskulären Zustand (AB 7/17 = 13/17).

**3.2.4** Nachdem der die Beschwerdeführerin damals hausärztlich behandelnde Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, die-

se zunächst einzig aufgrund eines kraniozervikalen Beschleunigungstraumas (KZBT) seit dem Unfall vom 29. April 2008 (mehrheitlich) voll arbeitsunfähig geschrieben hatte (AB 7/83 = 13/45, 7/62 = 13/44), äusserte er in den Berichten vom 11. und 15. Dezember 2008 weiter den Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung (AB 13/1 ff.) und diagnostizierte in den weiteren Berichten vom 3. Februar und 3. Juni 2009 zusätzlich eine somatoforme Schmerzstörung bzw. posttraumatische Belastungsstörung und eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (AB 17, 24/1; vgl. auch AB 24/3 = 35/22). Mit weiterem Bericht vom 28. April 2010 machte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ eine Zustandsverschlechterung dahingehend geltend, dass sämtliche Kompensationsmechanismen erschöpft seien und eine weitere ambulante Behandlung nicht mehr möglich sei (AB 41/4).

**3.2.5** Anlässlich einer stationären Abklärung und Behandlung in der L. \_\_\_\_\_ vom 23. März bis 8. Mai 2009 wurden eine subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nach Verkehrsunfall am 29. April 2008, eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion nach Verkehrsunfall (ICD-10 F43.2), ein chronisch cervikocephales, -brachiales, lumbosakrales Schmerzsyndrom linksbetont (bzw. der Verdacht auf eine zentralisierte somatogene Schmerzstörung), eine arterielle Hypertonie sowie eine Adipositas diagnostiziert (AB 27/1 = 28/8). Die Beschwerdeführerin sollte aktiver im Haushalt integriert werden, denn bei chronischen Schmerzen sollte trotzdem versucht werden, aktiv zu sein, jedoch in reduziertem Mass; eine Schonung aufgrund der Schmerzen wäre insgesamt kontraproduktiv (AB 27/2 Mitte = 28/9 Mitte).

**3.2.6** Der behandelnde Psychiater Dr. med. G. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im durch Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, visierten Bericht vom 18. Juni 2009 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit Angst (teils in Form von erlebnisreaktiver, leicht intrusiver Symptomatik) und depressiver Reaktion nach einem Verkehrsunfall (ICD-10 F43.22) sowie den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.1; AB 28/2 Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin sei allseits orientiert und bewusstseinsklar, die kognitiven und mnestischen Funktionen seien nicht eingeschränkt, das formale Denken sei unauffällig, inhaltlich auf die somatischen Beschwerden eingeengt, wahnhaftige Störun-

gen, Wahrnehmungsstörungen und Ich-Störungen seien nicht vorhanden, affektiv wirke sie deprimiert, resigniert, ratlos und schmerzgeplagt; es bestehe eine ausgeprägte Unfallschaden-Behinderungsüberzeugung (AB 28/3 Ziff. 1.4). Vom behandelnden Psychiater wurde keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 28/4 Ziff. 1.6); er wies aber darauf hin, dass die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen in ihrer Leistungsfähigkeit zur Zeit erheblich eingeschränkt sei und die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar sei (AB 28/5 Ziff. 1.7), jedoch langfristig mit einer allmählichen Besserung der Symptomatik zu rechnen sei (AB 28/5 Ziff. 1.8). Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine starke Überzeugung dahingehend, dass nicht mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne (AB 28/5 Ziff. 1.9).

**3.2.7** Der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, verwies im Bericht vom 25. Juni 2009 auf einen Schmerz-zustand nach Verkehrsunfall und diagnostizierte ebenfalls eine subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung, dies indessen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Eine somatoforme Schmerzstörung werde zwar vom psychiatrischen Facharzt diagnostiziert, doch habe dieser kein Arbeitsunfähigkeitsattest ausgestellt (vgl. E. 3.2.6 hiavor). Die Arbeitsunfähigkeit werde vom Somatiker attestiert, wobei psychiatrische Diagnosen in den Vordergrund gestellt würden (vgl. E. 3.2.4 hiavor). Die Unfallfolgen schienen übertrieben wahrgenommen oder dargestellt, eine psychogen-psychoziale Überlagerung sei sehr wahrscheinlich (AB 29/3).

**3.2.8** Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin zwei Berichte der Klinik J. \_\_\_\_\_ vom 1. und 27. Juli 2009 ein. Darin diagnostizierte Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung nach Verkehrsunfall, eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion nach Verkehrsunfall, den Verdacht auf eine zentralisierte somatogene Schmerzstörung, ein fear-avoidance-Verhalten, ein chronisches posttraumatisches cervikales myofasziales Schmerzsyndrom und ein lumbosakrales Schmerzsyndrom linksbetont (AB 35/26, 35/29). Aufgrund der Schmerzausweitung und des Verhaltens seien sowohl Anamnese als auch Befund nicht wirklich konklusiv, was

natürlich die Beurteilung aus somatischer Sicht deutlich erschwere (AB 35/28 oben). Eine Aktivierung sei dringend erforderlich (AB 35/28 Mitte). Nach der bildverstärkerunterstützten Infiltration der Intervertebralgelenke L5/S1 vom 6. Juli 2009 mit einer Ampulle Diprophos seien "die Schmerzen diesmal unverändert (!?)" gewesen. Insofern sei offenbar die Etage L5/S1 für den Schmerz nicht verantwortlich. Zwar seien die blitzartig einschliessenden Schmerzen im Lumbalbereich weniger, allerdings seien jetzt die Schmerzen im cervicothoracalen Übergang und im linken Arm stärker. Erschwerend sei einfach, dass aus der Aussage, es sei andererseits immer gleich, keine Schlüsse zu ziehen seien. Aus seiner Sicht sei keine weitere interventionelle Therapie indiziert. Er könne der Beschwerdeführerin mit seinen Mitteln nicht helfen. Ein Ziel wäre die Aktivierung der Beschwerdeführerin, was aber auch nach Angaben des Ehemanns nur sehr schwer gelinge (AB 35/30).

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 6. August 2009 (AB 33) ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

**3.3.1** Im Sprechstundenbericht für Wirbelsäulenchirurgie des Spitals L. \_\_\_\_\_ vom 12. Juli 2013 wurde von einer chronischen Cervicobrachialgie mit einer Diskushernie C5/6 mit Neurokompression als organisches Korrelat, starker Symptomausweitung und offensichtlicher Schmerzverarbeitungsstörung ausgegangen (AB 48/2 Mitte).

**3.3.2** Im Sprechstundenbericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Spitals M. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2013 diagnostizierte Prof. Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine chronifizierte Schmerzsymptomatik mit Arm-, Nacken- und Rücken-/Beinschmerzen. In der klinischen Untersuchung habe eine schwer schmerzgeplagte Beschwerdeführerin in reduziertem Allgemeinzustand imponiert. Sie habe sich sehr langsam bewegt. Intermittierend habe ein Schonhinken links bestanden. Die Berührung des Rückens habe schon starke Schmerzen verursacht, alle Bewegungen seien schmerzprovokativ gewesen. Beim Auslösen der Muskeleigenreflexe, die gut gewesen seien, habe die Beschwerdeführerin Schmerzen moniert. Das Spannen des Quadrizeps sei

problemlos möglich gewesen, links habe sie eine Schwäche moniert, umgekehrt habe sie beim Laufen das linke Bein normal belasten können (AB 60/13).

**3.3.3** Im Rahmen einer teilstationären Behandlung vom 8. August bis 16. September 2016 in der Tagesklinik M.\_\_\_\_\_ wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) diagnostiziert. Gemäss Bericht vom 20. September 2016 lebe die Beschwerdeführerin wegen massiver schmerzbedingter Einschränkungen ohne externe Struktur und es bestehe eine psychosoziale Belastungssituation durch die Erkrankung des Ehemannes und die Sorge um den arbeitslosen Sohn. Immer wieder im Vordergrund seien die Schmerzen gestanden und sie habe jeweils nur kurz auf andere Inhalte reagieren können; sie scheine die Hoffnung auf Besserung aufgegeben zu haben. Während dem Aufenthalt sei sie mit Widerwillen zu Spaziergängen motiviert worden (AB 60/10).

**3.3.4** Anlässlich der MRT-Untersuchung vom 25. November 2016 wurde beidseitig eine rezessale Enge L4/5, aber keine signifikante foraminale Bedrängnis von L5 festgestellt (Bericht vom 19. Dezember 2016; AB 60/9).

**3.3.5** Der Schmerztherapeut Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, diagnostizierte in den Berichten vom 5. und 6. Dezember 2017 (AB 52/4, 60/7) ein chronisches, panvertebrales Schmerzsyndrom linksbetont (DD: myofaszial, DD: Fibromyalgie). Die Schmerzsituation habe sich seit dem Jahr 2008 kaum verändert; von der medikamentösen Seite her gebe es praktisch kaum mehr Optionen (AB 52/4), sowohl infiltrativer als auch medikamentöser Art. Wichtig erscheine für den behandelnden Psychiater/Psychologen zu versuchen, das Gedankenkreisen um die Schmerzerkrankung der Beschwerdeführerin und auch das Hadern über ihr Schicksal über den Unfall und die Vorwurfshaltung gegenüber den Ärzten anzugehen. So bestehe auch noch die Vorstellung der Beschwerdeführerin und deren Ehemannes, dass der Rücken "kaputt" sei. Seinerseits schliesse er die Behandlung ab (AB 60/7).

**3.3.6** Der die Beschwerdeführerin aktuell als Hausarzt behandelnde Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ging im Bericht vom 5. April 2018 von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands

der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2008 aus. Es bestünden ein multifaktoriell bedingtes Schmerzsyndrom und eine Depression. Die Beschwerdeführerin sei auch im Alltag zunehmend auf Hilfe der Angehörigen angewiesen. Eine bewusste oder willentliche Aggravation der Beschwerde liege aus seiner Sicht nicht vor (AB 52/2).

Mit weiterem Bericht vom 29. Oktober 2018 führte Dr. med. P. \_\_\_\_\_ aus, seit dem IV-Verfahren 2009 habe sich die psychische und somatische Situation im Wesentlichen nicht verändert. Eine Erwerbstätigkeit sei wegen der glaubhaft geschilderten Beschwerden nach wie vor nicht möglich. Eine bewusste Aggravation liege seines Erachtens nicht vor. Die psychosoziale und finanzielle Situation der Familie habe sich durch die schwere Erkrankung des Ehemannes (2015) leider zusätzlich verschlechtert. Im Verlauf der letzten Jahre sei wiederholt versucht worden, mit schmerztherapeutischen Interventionen eine Verbesserung der chronischen Schmerzen zu erzielen, was leider nicht gelungen sei (AB 60/2).

Im Meldeformular zur Früherfassung vom 26. April 2019 führte Dr. med. P. \_\_\_\_\_ unter der Rubrik "Arbeitsunfähigkeit" aus, es liege wegen eines chronischen panvertebralen und myofaszialen Schmerzsyndroms bei der Differenzialdiagnose Fibromyalgie seit 2008 eine Arbeitsunfähigkeit vor (AB 64/1 Ziff. 2; vgl. dazu auch die undatierte, am 20. Juni 2019 bei der Beschwerdegegnerin eingegangene Neuanmeldung, worin eine Chronifizierung der Unfallfolgen 2008 [Schulter- und Rückenbeschwerden mit chronischen Schmerzen, Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Panikattacken und wiederholte stationäre Behandlungen] geltend gemacht wird [AB 66/6 Ziff. 6.1]).

**3.3.7** Auch Dr. med. G. \_\_\_\_\_, visiert durch Dr. med. H. \_\_\_\_\_, berichtete am 18. April 2018 von einer im Vordergrund stehenden kontinuierlichen therapieresistenten Schmerzsymptomatik, starker Fokussierung der Aufmerksamkeit auf körperliche Beschwerden, gesundheitsbezogenen Ängsten und einem chronifiziert depressiven Zustand. Die Belastbarkeit sei aus psychischen und somatischen Gründen massiv reduziert (AB 52/1).

**3.3.8** Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 20. Juli 2018 eine mögliche radikuläre Reizsymptomatik links,

DD: L5 (L3/4), ein chronisch paravertebrales myofaszielles Schmerzsyndrom, DD: Fibromyalgie, sowie eine posttraumatische Belastungsstörung mit Panikattacken (AB 60/3 = 68/16). Die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden bestünden vor allem aus Schmerzen. Zudem habe anamnestisch auch eine gewisse klaudikative Komponente bestanden. Klinisch habe sich als hauptsächlich objektivierbarer Befund ein positiver Lasègue auf der linken Seite sowie eine Hyposensibilität am linken Bein gezeigt, die weder peripher-neurologisch noch radikulär zu erklären seien. Es zeigten sich auch keine zentralen Zeichen. Eine relevante Polyneuropathie habe elektrophysiologisch ausgeschlossen werden können. Bei Hinweisen auf eine radikuläre Reizung, klinisch am ehesten L5 entsprechend, sei noch ein MRI der LWS durchgeführt worden. Dort zeigten sich allenfalls mögliche Reizungen L3/L4 auf der linken Seite. Die Nadelmyographien ergäben aber keine Hinweise auf eine höhergradige Radikulopathie (AB 60/4 Mitte = 68/17 Mitte).

**3.3.9** Am 26. Februar 2019 erfolgte eine transartikuläre epidurale Infiltration L3/L4 links und L4/L5 links. Gemäss Operationsbericht der Klinik für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Spitals M. \_\_\_\_\_ vom Folgetag könne von der Bildgebung (MRI LWS vom 21. Februar 2019) her festgehalten werden, dass ein konstitutionell enger Spinalkanal vorliege, zudem sei eine Facettenarthrose im Bereich L5/S1 beidseits gegeben, daselbst aber ohne effektive Neurokompression, im Bereich L4/L5 sei ebenfalls eine deutliche Facettenarthrose vorhanden mit einer beidseitigen rezessalen mittelgradigen Einengung, im Bereich L4/L5 sei auch eine Arthrose der Gelenke gegeben ebenfalls mit einer beginnenden rezessal betonten und zentralen Einengung, L2/L3 sehe dann wieder in Ordnung aus. Im Rahmen des Gesamtkontextes und bei fehlender Lähmung sei man bei deutlich adipöser Beschwerdeführerin mit einem operativen Vorgehen sicherlich sehr zurückhaltend (AB 68/12).

**3.3.10** Am 1. März 2019 erfolgte eine neurologische Konsultation im Spital M. \_\_\_\_\_. Gemäss Bericht vom 6. März 2019 von Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, sei die Zuweisung zur Mitbeurteilung bei akuter Verschlechterung von vorbestehenden lumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein und auch zervikalen Schmerzen

mit Ausstrahlung in den linken Arm erfolgt. In der klinischen Untersuchung finde sich eine Hyposensibilität des linken Arms und Beins, welche nicht einem peripheren Nerven oder einem Dermatome zugeordnet werden könne. Die Kraft sei linksseitig vermindert bei allerdings sakkadierter Innervation. Daneben ergäben sich weitere Hinweise auf eine funktionelle Ausweitung der Symptome, sodass die Beschwerdeführerin während der Untersuchung nicht auf einem Bein stehen könne und deutlich schmerzgeplagt sei, beim Wiederanziehen der Hose aber problemlos auf einem Bein stehen könne ohne schmerzgeplagt zu wirken. Elektrophysiologisch ergäben sich keine Anhaltspunkte auf eine höhergradige Schädigung der Nervenwurzeln L3-S1 links. Die im MRI dargestellten degenerativen Veränderungen mit der vorbestehenden höhergradigen, neuroforaminalen Enge L3 rechts sowie L4 links erklärten somit die Beschwerden nicht vollumfänglich. Eine gewisse Erklärung für die Schmerzen liege sicherlich vor, jedoch bestehe der hochgradige Verdacht auf eine Symptomausweitung im Rahmen der bekannten posttraumatischen Belastungsstörung. In dieser Situation bestehe sicherlich keine Indikation für eine Dekompressionsoperation, dies wäre eventuell sogar kontraproduktiv. Empfohlen werde eine engmaschige psychosoziale Betreuung (AB 68/11).

**3.3.11** Vom 16. Mai bis 7. Juni 2019 wurde die Beschwerdeführerin in der Psychiatrie des Spitals M. \_\_\_\_\_ stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 17. Juni 2019 wurden eine somatische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) diagnostiziert. Bei sonst unauffälligem Status seien das formale Denken gehemmt, die Affektivität deprimiert und der Antrieb bzw. die Psychomotorik antriebsgehemmt und motorisch verlangsamt gewesen; die Beschwerdeführerin habe Angst vor Schmerzen geäussert (AB 68/1).

**3.3.12** Mit Stellungnahmen vom 17. September 2018, 11. Dezember 2018 und 16. August 2019 (AB 55/5, 62/3, 71/4) verneinte der RAD-Arzt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ ausgehend von den sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) und depressiven Episode (ICD-10 F32.1) eine Veränderung des Gesundheitszustands im massgeblichen Vergleichszeitraum; es handle sich unver-

ändert um dieselbe Störung, die sich inzwischen allenfalls in ihren Auswirkungen (vermehrte Hilfsbedürftigkeit in der Familie) stärker bemerkbar mache. Die Befunde von Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ (AB 60/4 = 68/16 f.; vgl. E. 3.3.8 hiervor) würden nicht auf eine Verschlechterung der Symptomatik hindeuten (AB 62/3 Mitte). Mit dem Kurzbericht der Psychiatrie des Spitals M. \_\_\_\_\_ vom 17. Juni 2019 (AB 68/1 ff.; vgl. E. 3.3.11 hiervor) und den wenigen, geringgradigen und unspezifischen psychiatrischen Befunden sei eine Verschlechterung nicht ausreichend geltend gemacht worden (AB 71/4).

**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 anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.5** Die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 17. September 2018, 11. Dezember 2018 und 16. August 2019 (AB 55/5, 62/3, 71/4; vgl. E. 3.3.12 hiervor) erfüllen die hiervor wiedergegebenen Beweisanforderungen und erbringen vollen Beweis. Dessen Einschätzung, wonach eine Verschlechterung im massgebenden Zeitraum (vgl. E. 3.1

hiervor) nicht glaubhaft gemacht worden sei, ist schlüssig begründet und überzeugt. Dies deckt sich denn auch mit dem Ergebnis eines Abgleichs der in E. 3.2 und 3.3. hiervor wiedergegebenen Berichte (vgl. dazu die entsprechenden Hervorhebungen in der prozessleitenden Verfügung vom 19. Dezember 2019): Danach lassen sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen nach wie vor nicht mit den Befunden an der Wirbelsäule erklären und es ergeben sich in den klinischen Untersuchungen weiterhin erhebliche Diskrepanzen, welche ihre Erklärung im unverändert gebliebenen Verdeutlichungsverhalten finden. Entsprechend verneinten auch der Schmerztherapeut Dr. med. O. \_\_\_\_\_ und der Hausarzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_ explizit eine (wesentliche) Veränderung der Schmerzsituation seit dem Jahr 2008 (AB 52/4; vgl. E. 3.3.5 hiervor) bzw. der psychischen und somatischen Situation seit 2009 (AB 60/2; vgl. E. 3.3.6 zweiter Abschnitt hiervor, zumal Dr. med. P. \_\_\_\_\_ – nachdem er seinerseits kurz zuvor noch von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem Jahr 2008 ausgegangen war [AB 52/2; vgl. E. 3.3.6 erster Abschnitt hiervor] – wenig später im Meldeformular zur Früherfassung pauschal unter der Rubrik Arbeitsunfähigkeit ausführte, es liege wegen eines chronischen panvertebralen und myofaszialen Schmerzsyndroms bei der Differenzialdiagnose einer Fibromyalgie seit 2008 eine Arbeitsunfähigkeit vor [AB 64/1 Ziff. 2], was die Beschwerdeführerin in der Neuanmeldung vom 20. Juni 2019 unter Hinweis auf eine Chronifizierung der Unfallfolgen 2008 bestätigte [AB 66/6 Ziff. 6; vgl. E. 3.3.6 dritter Abschnitt hiervor]).

**3.6** Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, führt zu keinem anderen Ergebnis:

**3.6.1** Soweit ihrer Ansicht nach die degenerativen Veränderungen im LWS-Bereich zugenommen hätten und sich vermehrt auf das Wohlbefinden und daraus resultierend auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirkten (Beschwerde, S. 5 unten und S. 6 Mitte), belegt sie dieses Vorbringen einzig mit einer im Frühjahr 2019 erfolgten Infiltration L3/L4 links und L4/L5 links (AB 68/12; vgl. E. 3.3.9 hiervor). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass bereits im Juli 2009 bildverstärkerunterstützte Infiltrationen erfolgt waren, welche, wenn überhaupt, nur kurz zu einer minimalen Änderung der Schmerzen im Rücken geführt haben, weshalb eine weitere interventionelle Thera-

pie nicht als indiziert bezeichnet und stattdessen vielmehr eine Aktivierung der Beschwerdeführerin als zielführend angesehen wurde (AB 35/30; vgl. E. 3.2.8 hiervor). Auch der Schmerztherapeut Dr. med. O. \_\_\_\_\_ versuchte – nicht zuletzt in Ermangelung weiterer Therapieoptionen sowohl infiltrativer als auch medikamentöser Art – im Dezember 2017 Triggerpunkttinfiltrationen (AB 52/4 f., 60/7 f.; vgl. E. 3.3.5 hiervor). Derartige Infiltrationen erfolgten somit schon in der Vergangenheit nicht erst nach einer Verschlechterung des Gesundheitszustands, sondern vielmehr mangels weiterer Therapieoptionen bei chronifizierter Schmerzsymptomatik (vgl. bereits E. 3.5 hiervor).

**3.6.2** In psychiatrischer Hinsicht sieht die Beschwerdeführerin eine Veränderung des Gesundheitszustands dahingehend, als im Jahr 2008 keine psychiatrischen Diagnosen gestellt worden seien (Schlussbemerkungen, S. 2 Mitte), dann im September 2018 von einer depressive Episode (ICD-10 F32.1; AB 55/5) die Rede gewesen sei und diese nunmehr gemäss Austrittsbericht des Spitals M. \_\_\_\_\_ vom 17. Juni 2019 in eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; AB 68/1; vgl. E. 3.3.11 hiervor), übergegangen sei (Beschwerde, S. 5 Mitte; Schlussbemerkungen, S. 2 f. Art. 8). Dem ist entgegenzuhalten, dass bereits im Jahr 2009 (und damit vor Erlass der Verfügung vom 6. August 2009; AB 33) mehrfach eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion nach Verkehrsunfall diagnostiziert worden ist (AB 17, 24/3 = 35/22, 24/1, 27/1 = 28/8, 28/2 Ziff. 1.1, 35/26, 35/29; vgl. E. 3.2.4 ff. hiervor). Im Bericht des Schmerztherapeuten Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2017 wird weiterhin von einem Gedankenkreisen um ihre Schmerzerkrankung und auch das Hadern über ihr Schicksal nach dem Unfall berichtet (AB 60/7 unten; vgl. E. 3.3.5 hiervor). Der behandelnde Psychiater hält im Bericht vom 18. April 2018 fest, die kontinuierliche therapieresistente Schmerzsymptomatik stehe im Vordergrund (AB 52/1; vgl. E. 3.3.7 hiervor). Im Bericht vom 29. Oktober 2018 hielt der Hausarzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_ fest, dass sich auch die psychische Situation seit dem IV-Verfahren 2009 nicht wesentlich verändert hat (AB 60/2; vgl. E. 3.3.6 hiervor). In der Stellungnahme des RAD-Psychiaters Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 16. August 2019 wird überzeugend begründet, dass mit dem Bericht der Psychiatrie des Spitals M. \_\_\_\_\_ vom 17. Juni 2019 (AB 68 ff.; vgl.

E. 3.3.11 hiervor) in psychiatrischer Hinsicht eine wesentliche Veränderung nicht glaubhaft gemacht ist (AB 71/4; vgl. E. 3.3.12 hiervor), zumal sich der darin erhobene Status (bei sonst unauffälligem Status seien das formale Denken gehemmt, die Affektivität deprimiert und der Antrieb bzw. die Psychomotorik antriebsgehemmt und motorisch verlangsamt gewesen; AB 68/1 unten) kaum vom Befund aus dem Jahr 2009 unterscheidet (bei sonst unauffälligem Befund seien das formale Denken an sich unauffällig, inhaltlich jedoch auf die somatischen Beschwerden eingeeengt gewesen und affektiv habe die Beschwerdeführerin deprimiert, resigniert, ratlos und schmerzgeplagt gewirkt; AB 28/3 Ziff. 1.4). Dass die Beschwerdeführerin in der Folge die Therapie bei Dr. med. G. \_\_\_\_\_ weitergeführt hat und dieser in psychiatrischer Hinsicht eine wesentliche Verschlechterung für ausgewiesen hielt, hat die Beschwerdeführerin, welcher hierfür die Beweislast obliegt (vgl. E. 2.3 hiervor), nicht dokumentiert, womit eine wesentliche Veränderung auch in psychischer Hinsicht weiterhin nicht glaubhaft gemacht ist. Eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes wird schliesslich auch nicht aufgrund der sich aus den diversen Arztberichten ergebenden Hinweise auf das Vorliegen von psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. dazu E. 3.3.3, 3.3.6 und 3.3.10 hiervor) glaubhaft gemacht, wurde doch die Beschwerdesymptomatik bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 6. August 2009 überwiegend durch psychosoziale Belastungsfaktoren bestimmt und unterhalten (vgl. E. 3.2.1 und 3.2.7 hiervor).

**3.7** Abschliessend hat die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, S. 2 Ziff. 4, zutreffend darauf hingewiesen, dass sich mit der erfolgten Änderung der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 (vgl. Beschwerde, S. 4) an den gesundheitlichen Befunden nichts geändert hat, weshalb auch damit eine wesentliche Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen nicht glaubhaft gemacht werden kann (vgl. dazu auch den Entscheid des Bundesgerichts vom 27. Juni 2019, 9C\_27/2019, E. 4.4).

**3.8** Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 18. Oktober 2019 (AB 79) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### 4.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

#### **Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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