

200 20 177 IV
LOU/SAW/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Dezember 2020

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Baumann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. Januar 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1970 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 3. Februar 2014 unter Hinweis auf Schmerzen, ein Burnout und Depressionen bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 6). Insbesondere gestützt auf die psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Januar 2014 (AB 4.3) und vom 15. Februar 2016 (AB 66.1) wies die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) das Leistungsbegehren – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 87) – mit Verfügung vom 29. August 2016 (AB 90) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ab. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Am 16. August 2019 (AB 91) meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. In der Folge unterbreitete die IVB die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung (vgl. Stellungnahmen vom 27. August 2019, AB 95 S. 4, und vom 5. November 2019, AB 116 S. 3 ff.) und stellte mit Vorbescheid vom 18. November 2019 (AB 117) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte zunächst unter Mitwirkung ihrer Hausärztin, Dr. med. D._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und anschliessend vertreten durch Rechtsanwalt B._____ Einwand (AB 118, 120, 123). Nach erneuter Rücksprache mit dem RAD (vgl. Stellungnahme vom 28. Januar 2020, AB 125 S. 3 f.) verfügte die IVB am 30. Januar 2020 (AB 126) wie im Vorbescheid angekündigt und wies den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 2. März 2020 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 30. Januar 2020 sei aufzuheben.
2. Die Sache sei der Beschwerdegegnerin erneut zur Beurteilung zurückzuweisen.
3. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten.
– unter Kosten- und Entschädigungsfolge –

Mit Beschwerdeantwort vom 2. April 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1

i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 126). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung und dabei insbesondere die Frage, ob sich seit der leistungsablehnenden Verfügung vom 29. August 2016 (AB 90) eine anspruchsrelevante Veränderung ergeben hat.

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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG so-

wie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

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

2.4.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

2.4.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewis-

uern, 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).

2.4.3 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 Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom August 2019 (AB 91) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft, womit die Eintretensfrage vom Gericht 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, wobei der Sachverhalt im Zeitpunkt der leistungsablehnenden Verfügung vom 29. August 2016 (AB 90) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 126) zu vergleichen ist (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

3.2 Die Verfügung vom 29. August 2016 (AB 90) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Verlaufsgutachten des Dr. med. C. _____ vom 15. Februar 2016 (AB 66.1), welches dieser nach einer ersten Begutachtung im Dezember 2013 (vgl. Gutachten vom 14. Januar 2014, AB 4.3) und Empfehlung der Reevaluation nach Therapie, erstellt hat. Darin nannte der Experte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er das Folgende auf (S. 11):

1. Diagnostiziert im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 14. Januar 2014, aktuell nicht mehr feststellbar: Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01)
2. Diagnostiziert im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 14. Januar 2014, aktuell remittiert: Mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1)
3. Vordiagnostiziert, aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar und diskussionswürdig: Traumafolgestörung mit dissoziativer Symptomatik bzw. Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.2)
4. Vordiagnostiziert, aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar: Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (ICD-10 F60.31)
5. Z-"Diagnosestellungen": Starke Erschöpfung (ICD-10 Z73); Unstimmigkeiten mit Vorgesetzten oder Arbeitskollegen (ICD-10 Z56); Probleme wegen des Alleinlebens (ICD-10 Z60); akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10 Z73)

Die Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) könne in der aktuellen Untersuchung nicht mehr diagnostiziert werden. Die Versicherte berichte nachvollziehbar, sie würde keine alltäglichen Situationen mehr vermeiden, habe keine Angst mehr vor Ohnmachtsanfällen ausgelöst durch starke Bauchkoliken und könne auch wieder alleine essen sowie alleine etwas unternehmen. Bei der Begutachtung im Januar 2014 sei es der Explorandin nicht mehr möglich gewesen, das Haus alleine zu verlassen oder alleine Nahrung zu sich zu nehmen aus Angst, sie könne aufgrund von starken Bauchkoliken zusammenbrechen (S. 11 f.). Auch die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode (ICD-10 F32) könne in der aktuellen Untersuchung nicht mehr festgestellt werden. Die Explorandin habe im Jahr 2013 eine depressive Episode aufgrund von Überlastung am Arbeitsplatz, einer aus dem Gleichgewicht geratenen Work-Life Balance, zwischenmenschlichen Problemen am Arbeitsplatz und wegen ihrer Persönlichkeitseigenschaft, alles perfekt machen zu wollen, erlitten. Dank the-

rapeutischer Unterstützung habe die Versicherte gelernt, auf ihre Bedürfnisse zu achten, angenehmen Aktivitäten nachzugehen und die perfektionistischen Ansprüche zu reduzieren, so dass sie sich aktuell wieder psychisch gesund fühle. Dies entspreche der versicherungspsychiatrischen Einschätzung. Die Explorandin sei in der Untersuchung emotional schwingungsfähig und auslenkbar gewesen, auch sei der affektive Rapport gut herstellbar gewesen. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht ergäben sich bei der Lebenssituation der Versicherten unter besonderer Berücksichtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens der vergangenen Wochen keine Symptome für ein durchgehendes affektives Syndrom. Die Versicherte habe über Freudefähigkeit und Aktivitäten wie ..., ... oder dem ..., was ihr Spass bereiten würde, berichtet (S. 12). Die vordiagnostizierte Traumafolgestörung mit dissoziativer Symptomatik bzw. der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.2) sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar. Zunächst sei kritisch anzumerken, dass die Diagnose einer „Traumafolgestörung“ im internationalen Klassifikationssystem ICD-10 nicht codiert sei. Gemäss ICD-10 F43.2 folge eine posttraumatische Belastungsstörung innert sechs Monaten nach einem katastrophalen belastenden Ereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode. Die Versicherte habe eine Belastungsperiode erlebt mit ihrem Ex-Partner, welcher sie physisch misshandelt habe und später die gemeinsamen Kinder entführt habe. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht solle nicht verneint werden, dass diese Ereignisse sehr belastend für die Versicherte gewesen seien. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien jedoch weder hinsichtlich des zeitlichen Kriteriums noch hinsichtlich anhaltenden Nachhalterinnerungen oder vermeidendem Verhalten erfüllt. In der aktuellen Untersuchung hätten keine anhaltenden Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung eruiert werden können, die Versicherte berichte, es gehe ihr gut, ihr Alltag habe Struktur und sie gehe angenehmen Aktivitäten nach, auch habe sie keine Beschwerden im vegetativen Bereich (S. 12 f.). Die vordiagnostizierte emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus (ICD-10 F60.31) sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht ebenfalls nicht nachvollziehbar. Die Explorandin habe sich während der ganzen Untersuchung umgänglich und sozial angepasst gegeben, habe weder manipulative noch aggressive Tendenzen gezeigt und über soziale Kontakte zu den Eltern, den Kindern

und zu Freundinnen berichtet, welche sie auch aktuell wahrnehmen würde. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht habe aus dem in der Untersuchung gezeigten Verhalten keine spezifische Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F60 abgeleitet werden können (S. 13). Die Z-"Diagnosestellungen" seien nicht als psychische Störung zu klassifizieren, sondern als krankheitsfremde Faktoren, welchen kein Einfluss auf die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit zugeschrieben werden dürfe. Zusammenfassend sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht davon auszugehen, dass die Versicherte an keiner akuten oder andauernden psychischen Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr leide (S. 14). Die Versicherte sei in den vergangenen Monaten und Jahren seit Mitte 2013 in ihrer Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt, ja weitgehend arbeitsunfähig, gewesen. Über die vielen Monate und unter intensiven Therapiemassnahmen habe sich der Zustand der Versicherten kontinuierlich verbessert, parallel habe jedoch die Dekonditionierung vom Arbeitsleben zugenommen. Die Versicherte sei aktuell zum Untersuchungszeitpunkt Mitte Januar 2016 zu 60% arbeitsfähig. Die 40%ige Minderung werde jedoch nicht mehr einer psychischen Symptomatik, einer akuten Erkrankung oder gar einem andauernden psychischen Gesundheitsschaden zugeschrieben, sondern sei aktuell dem krankheitsfremden Faktor der Dekonditionierung geschuldet. Entsprechend könne rasch die Rekonditionierung hin zur vollen medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit – unter zeitgleich weiter zu führender supportiver Therapie – über einen Zeitraum von drei Monaten erreicht werden. Ab 1. Mai 2016 gelte die Versicherte als arbeitsfähig; hinderliche Faktoren wie Arbeitsplatzsuche, Lebensalter seien dann als krankheitsfremd zu bezeichnen (S. 18).

3.3 Der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 126) liegen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte zugrunde:

3.3.1 Die Hausärztin Dr. med. D. _____ hielt mit Bericht vom 15. August 2019 (AB 92) fest, sie habe die Patientin bis 2013 einzelne Male gesehen und mitbehandelt. Nach einer lockeren hausärztlichen Betreuung in einer anderen Praxis habe sie die Patientin nun am 14. August 2019 erstmalig wiedergesehen. Die Patientin sei seit 2013 krankheitsbedingt nicht mehr (relevant) erwerbsfähig gewesen. Im Moment versuche sie einzelne

Stunden selbstständig in ihrem ... tätig zu sein. Wenn sie mehr als eine Kundin zu betreuen habe, träten wieder massive Stresssymptome mit imperativem Stuhldrang und Synkopen auf. Es bestehe aufgrund ihrer Einschätzung durch das Aktenstudium und die Untersuchung der Patientin sicher eine massgebliche psychiatrische Erkrankung mit Verdacht auf eine Traumafolgestörung, eine gemischte Persönlichkeitsstörung und mindestens eine mittelschwere depressive Episode.

3.3.2 Am 27. August 2019 (AB 95 S. 4) nahm der RAD-Arzt Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Bericht der Hausärztin Stellung und gab an, anhand der eingereichten Akten könne die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht belegt werden; es lägen keine fachärztlichen Berichte zum Erkrankungs- und Therapieverlauf seit 2016 vor. Eine Verschlechterung sei jedoch medizinisch-theoretisch möglich und die Angaben seien nicht unglaubwürdig.

3.3.3 Mit Bericht vom 4. Oktober 2019 (AB 110) hielt die Hausärztin fest, sie behandle die Patientin seit dem 14. August 2019 und habe sie bisher einmal gesehen (S. 2 Ziff. 1.1 f.). Sie diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mittelschwere bis schwere depressive Episoden mit somatischem Syndrom bei akzentuierten Persönlichkeitszügen, verbunden mit starkem Erschöpfungssyndrom und zeitweise mit (latenter) Suizidalität, Status nach Einnahme von 10 Tbl. Treupel 1988, einen Verdacht auf eine Traumafolgestörung mit dissoziativer Symptomatik, Migräne und ein Reizdarmsyndrom (S. 3 Ziff. 2.5). Zum weiteren Vorgehen schlug sie die Zuweisung zur psychiatrischen Diagnostik und eine (sozial-)psychiatrische Behandlung/Begleitung, eine (Teil-)IV-Rente +/- berufliche Massnahmen der IV vor (S. 4 Ziff. 2.8). Die Patientin sei auf der Suche nach einer Psychiaterin/einem Psychiater (S. 2 Ziff. 1.4).

3.3.4 Dr. med. E._____ vom RAD wies mit Stellungnahme vom 5. November 2019 (AB 116 S. 3 ff.) darauf hin, dass der neue Befundbericht der Hausärztin keine neuen Erkenntnisse liefere. Die Versicherte habe die Hausärztin seit dem Bericht vom 15. August 2019 nicht mehr aufgesucht. Zudem zitiere diese lediglich anamnestische Angaben und verweise auf alte psychiatrische Berichte aus den Jahren 2013 bis 2015, die bereits im psychiatrischen Gutachten vom 15. Februar 2016 hinreichend gewürdigt worden seien (S. 3). Es sei keine aktuelle objektive Befunderhebung

durchgeführt worden und es liege keine fachpsychiatrische Beurteilung vor. Eine wesentliche Veränderung des körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitszustandes seit dem 29. August 2016 sei aus objektiver Sicht nicht ausgewiesen. Die in der RAD-Beurteilung vom 27. August 2019 formulierte medizinisch-theoretische Möglichkeit der Verschlechterung habe sich mit den seither neu eingeholten medizinischen Berichten nicht bestätigt (S. 4). Betreffend das Zumutbarkeitsprofil könne nach aktuellem Dossierstand weiterhin auf das psychiatrische Gutachten vom 15. Februar 2016 abgestellt werden (S. 5).

3.3.5 Auf Anfrage der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin nahm die Hausärztin am 10. Januar 2020 (AB 123 S. 10 ff.) Stellung zum Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 15. Februar 2016 (AB 66.1) und teilte mit, sie würde klar verneinen, dass die Diagnosen damals fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden seien (S. 10). Aufgrund der Aktenlage, der aktuellen Anamnese und Klinik schein eine schwere psychiatrische Erkrankung vorzuliegen. Die Patientin schein immer wieder so aufzutreten, dass sie ihre Stärken und Ressourcen betone, um nicht als krank taxiert zu werden. Dies zeuge von einer enormen Willensstärke und einer Motivation selbstständig zu bleiben. Dass dies jedoch dazu führen solle, dass der Patientin eine adäquate Abklärung und Therapie und auch die Möglichkeit einer fairen gutachterlichen Beurteilung vorenthalten werde, könne nicht akzeptiert werden. Ihrer Meinung nach müsse nochmals eine saubere und vertiefte psychiatrische Beurteilung durchgeführt werden, um die klar vorhandene Symptomatik einordnen zu können, und es sei von einer massgeblichen und bereits seit Jahren bestehenden Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund funktioneller Folgen der psychiatrischen Erkrankung(en) auszugehen (S. 11).

3.3.6 Am 28. Januar 2020 (AB 125 S. 3) hielt Dr. med. E. _____ vom RAD fest, mit Bericht vom 10. Januar 2020 seien keinerlei neue Befunde vorgelegt worden. Auch werde nicht ersichtlich, ob die Hausärztin die Versicherte nach der einmaligen Konsultation am 14. August 2019 noch einmal gesehen bzw. welche Frequenz und Form die Behandlung – sofern eine solche überhaupt stattfindet – habe. Die Hausärztin äussere lediglich einen Verdacht auf eine schwere psychiatrische Erkrankung. Objektive Befunde

teile sie jedoch nicht mit. Die Beurteilung vom 5. November 2019 sei weiterhin gültig.

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 Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung massgeblich auf die Aktenberichte des RAD-Arztes Dr. med. E. _____ vom 5. November 2019 (AB 116 S. 3 ff.) und vom 28. Januar 2020 (AB 125 S. 3), wonach eine wesentliche Veränderung des körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitszustandes seit der leistungsablehnenden Verfügung vom 29. August 2016 aus objektiver Sicht nicht ausgewiesen ist. Darauf ist abzustellen.

Soweit die Hausärztin mit Bericht vom 15. August 2019 (AB 92) gestützt auf das Aktenstudium und die Untersuchung der Patientin vom 14. August 2019 angab, es bestehe sicher eine massgebliche psychiatrische Erkrankung, und am 4. Oktober 2019 (AB 110 S. 3 Ziff. 2.5) – ohne die Be-

schwerdeführerin seit August 2019 nochmals gesehen zu haben – mehrere psychiatrische Diagnosen nannte, ist zunächst festzustellen, dass Dr. med. D. _____ gemäss dem Eidgenössischen Medizinalberuferegister (abrufbar unter: www.medregom.admin.ch) über keinen Facharztstitel der Psychiatrie und Psychotherapie und damit nicht über die erforderliche fachliche Qualifikation zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin verfügt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 20. November 2007, I 142/07, E. 3.4). Zudem ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter 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); dem kommt mit Blick auf das an den Tag gelegte advokatorische Handeln von Dr. med. D. _____ vorliegend besonderes Gewicht zu. Mit Bericht vom 4. Oktober 2019 gab die Hausärztin zudem an, sie behandle die Patientin seit dem 14. August 2019 und habe sie erst einmalig gesehen (AB 110 S. 2 Ziff. 1.1 f.). Es gebe keine weiteren Behandler (AB 110 S. 2 Ziff. 1.4). Daraus folgt, dass keine verwertbare aktuelle objektive Befunderhebung des psychischen Gesundheitszustandes durchgeführt wurde, mithin keine fachpsychiatrische Beurteilung vorliegt und auch keine psychiatrische Behandlung aufgenommen wurde. Die Hausärztin teilte lediglich mit, die Beschwerdeführerin sei auf der Suche nach einer Psychiaterin bzw. einem Psychiater (AB 110 S. 2 Ziff. 1.4). Bemühungen der Hausärztin, die Beschwerdeführerin an eine solche Ärztin bzw. an einen solchen Arzt zu überweisen, sind indessen nicht aktenkundig. Vielmehr ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit 2015 in keiner psychologisch/psychiatrischen Behandlung mehr ist (AB 110 S. 2 Ziff. 2.1) und nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 126) einzig ein Vorgesprächstermin in der Klinik F. _____ Ende März 2020 vereinbart wurde (vgl. Vorgesprächseinladung vom 27. Februar 2020, Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 4). Offensichtlich wurde eine fachärztliche psychiatrische Behandlung seit dem Jahre 2015 von den behandelnden Ärzten – insbesondere auch von Dr. med. D. _____ – als nicht notwendig erachtet. Gegenteiliges ist den Akten nicht zu entnehmen und wird denn auch nicht behauptet. Im Weiteren zitierte die Hausärztin – wie der RAD-Arzt differenziert ausgeführt hat (AB 116 S. 3 f.) – lediglich anamnestische Angaben und verwies auf alte psych-

iatrische Berichte aus den Jahren 2013 bis 2015, die bereits im Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 15. Februar 2016 (AB 66.1 S. 11 ff.) hinreichend gewürdigt worden sind. Auch mit dem im Vorbescheidverfahren eingereichten Bericht vom 10. Januar 2020 (AB 123 S. 10) wurden keine neuen Befunde vorgelegt. Vielmehr hat – wie erwähnt – die Hausärztin die Beschwerdeführerin seit der Konsultation vom 14. August 2019 nicht mehr gesehen und gestützt auf die Aktenlage, Anamnese und Klinik sowie die rein subjektiven Schilderungen der Patientin anlässlich der Untersuchung im August 2019 eine schwere psychiatrische Erkrankung einzig vermutet. Objektive Befunde legte sie indessen keine vor (vgl. auch Stellungnahme des RAD-Arztes vom 28. Januar 2020, AB 125 S. 3).

3.6 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann demgemäss immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (vgl. E. 2.2 hiervor). Wie dargelegt (vgl. E. 3.5 hiervor), fehlt es mit Blick auf die Berichte der Hausärztin vom 15. August 2019 (AB 92), 4. Oktober 2019 (AB 110) und 10. Januar 2020 (AB 123 S. 10) vorliegend an einer aktuellen objektiven psychiatrischen Befunderhebung. Es ist nicht Aufgabe der Beschwerdegegnerin, die den Fachärzten obliegenden Abklärungen, mithin die von ihnen im Neuanmeldungsverfahren zu liefernden Ersterhebungen, durchzuführen. Der den Sozialversicherungsprozess beherrschende Untersuchungsgrundsatz, wonach die verfügende Instanz und das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abzuklären und festzustellen haben, beinhaltet nicht jede erdenkliche Abklärung (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 117 V 282 E. 4a S. 283). Sehen die behandelnden Ärzte von sich aus keine fachärztlichen Abklärungen vor bzw. nehmen sie solche – wie im vorliegenden Fall – nicht vor, muss dies nicht ersatzweise durch die verfügende Instanz vorgenommen werden. Zumal für eine anspruchsbegründende Tatsache die objektive Beweislast bei der leistungsansprechenden Person liegt (BGE 121 V 204 E. 6a S. 208). Nach dem Dargelegten ist eine massgebliche medizinische Veränderung des körperlichen, geistigen und psychischen Gesundheitszustandes seit der leistungsablehnenden Verfügung vom 29. August 2016 aus objektiver Sicht

mangels zeitnahen medizinischen Abklärungen und bis heute fehlender aktenkundiger Überweisung an einen Facharzt der Psychiatrie zur Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) auszuschliessen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 4 f. Ziff. 4) ist nach aktuellem Dossierstand weiterhin auf das Zumutbarkeitsprofil gemäss dem überzeugenden psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C._____ vom 15. Februar 2016 abzustellen (vgl. auch den RAD-Arzt Bericht vom 5. November 2019, AB 116 S. 5). Die behandelnde Hausärztin legt keinen anderen Gesundheitszustand dar, als ihn Dr. med. C._____ bereits ausführlich in seinem Gutachten beurteilt hat. Insbesondere setzte sich Dr. med. C._____ einlässlich und überzeugend mit allen von der Hausärztin nun wiederum geltend gemachten Diagnosen auseinander und legte stringent dar, dass diese nicht mehr feststellbar, remittiert oder nicht nachvollziehbar sind und deshalb keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben (AB 66.1 S. 11 ff.). Die nach wie vor bestehende Dekonditionierung (Entwöhnung vom Arbeitsleben) ändert daran nichts (AB 66.1 S. 18, VI Arbeitsfähigkeit, Ziff. 1). Aufgrund der zeitnah fehlenden Erhebung und leitliniengerechten Dokumentation einer allfälligen Veränderung (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 f. E. 4.2 und 4.2.1 f.), kann eine solche auch nicht mehr rückwirkend festgestellt werden. Unter diesen Umständen erweist sich der (medizinische) Sachverhalt vorliegend als hinreichend abgeklärt, weshalb – entgegen der Ansicht in der Beschwerde S. 5 f. Ziff. 6) – auf weitere Beweisvorkehrungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2).

3.7 Die Vorbringen in der Beschwerde vermögen daran nichts zu ändern. Die Beschwerdeführerin macht geltend (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 5), ihre enorme Willensstärke und grosse Motivation zur Selbstständigkeit dürfe nicht dazu führen, dass ihr eine adäquate Abklärung und Therapie sowie die Möglichkeit einer fairen gutachterlichen Beurteilung vorenthalten werde (vgl. auch Bericht der Hausärztin vom 10. Januar 2020, AB 123 S. 11). Dabei verkennt sie, dass keine neuen, objektiv-psychiatrischen Befunde vorliegen, welche eine erneute psychiatrische Begutachtung erfordert hätten. Wie bereits ausgeführt, ist es nicht Aufgabe der Beschwerdegegnerin, im Rahmen einer Neuanschuldung eine Erstabklärung des psychischen Ge-

sundheitszustandes durchzuführen. Sodann zeigt der Hinweis auf die enorme Willensstärke und grosse Motivation, dass die Beschwerdeführerin durchaus über persönliche Ressourcen verfügt (vgl. auch Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 15). Gemäss Rechtsprechung gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte, nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Vorgesprächstermin der Klinik F._____ Ende März 2020 (vgl. Vorgesprächseinladung vom 27. Februar 2020, BB 4) sowie ein allfällig zu edierender Eintrittsbericht dieser Klinik (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 6) ändern am Ergebnis nichts. Ob seither eine Behandlung aufgenommen wurde, ist hier nicht entscheidend, da der Gesundheitszustand, wie er sich bis zum Erlass der strittigen Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 126) präsentierte (vgl. Urteil des BGer vom 19. September 2019, 8C_82/2019, E. 5.3), relevant ist. Eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 126), die glaubhaft zu machen und zu belegen wäre, müsste die Beschwerdeführerin im Rahmen einer weiteren Neuanmeldung geltend machen.

3.8 Nach dem Dargelegten ist eine massgebliche medizinische Veränderung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Auch in erwerblicher oder sonstiger tatsächlicher Hinsicht ist eine neuanmeldungsrechtlich relevante Veränderung weder ersichtlich noch wird eine solche geltend gemacht. Damit besteht weiterhin kein Leistungsanspruch. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 30. Januar 2020 (AB 126) 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 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin 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 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.