

200 20 512 IV  
FUE/ISD/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 15. September 2020**

Verwaltungsrichter Furrer  
Gerichtsschreiber Isliker

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Juni 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1975 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ... und Mutter zweier Kinder (2008, 2010), bezog mit Wirkung ab 1. April 2011 eine halbe Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV; Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin]; Antwortbeilage [AB] 51, 120). Nachdem die Versicherte am 6. Februar 2015 um Erhöhung der laufenden Rente ersucht hatte (AB 136), traf die Beschwerdegegnerin medizinische Abklärungen, namentlich holte sie ein vom 5. bzw. 8. Juli 2016 datierendes psychiatrisch-neurologisches Gutachten (AB 190.1, 191.1) und zwei ergänzende gutachterliche Stellungnahmen vom 31. August 2016 (AB 199) bzw. 24. Mai 2017 (AB 216) ein. Gestützt darauf und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (vgl. AB 204, 205, 223) hob die IVB mit Verfügung vom 20. September 2017 (AB 227) die laufende Rente per Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats auf. Die dagegen am 19. Oktober 2017 erhobene Beschwerde (AB 231/3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 30. Januar 2018, IV/2017/917 (AB 245), ab.

Mit Schreiben vom 23. Dezember 2019 (AB 256/1) meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an. Nach Eingang verschiedener medizinischer Unterlagen, diesbezüglicher Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 262) und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (vgl. AB 263, 265, 267) trat die IVB mit Verfügung vom 4. Juni 2020 (AB 268) mangels einer glaubhaft gemachten Veränderung des Gesundheitszustandes nicht auf das neue Leistungsbegehren ein.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 1. Juli 2020 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung vom 4. Juni 2020 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auf die Neuanschuldung einzutreten.

Mit Eingabe vom 13. Juli 2020 reichte die Beschwerdeführerin zusätzliche Unterlagen ein und machte weitere Ausführungen.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. August 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 4. Juni 2020 (AB 268). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanmeldung vom 23. Dezember 2019 (AB 256/1) 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 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 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).

**2.2** Nach Eingang einer Neuanmeldung 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 (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69). 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).

**2.4** 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).

### **3.**

**3.1** Die letzte rechtskräftige materielle Beurteilung des Rentenanspruchs basiert auf dem Sachverhalt, wie er bei Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 20. September 2017 (AB 227) vorgelegen hat. Dementsprechend ist nachfolgend zu prüfen, ob mit der Neuanschuldung vom 23. Dezember 2019 (AB 256/1) glaubhaft gemacht worden ist, dass sich der Invaliditätsgrad seit dem 20. September 2017 bis zum Erlass der

angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 4. Juni 2020 (AB 268) in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. E. 2.1 und 2.4 hiervor).

**3.2** Wie das Verwaltungsgericht in VGE/2017/917, E. 4.1 (AB 245/9) festgestellt hat, basierte die rentenaufhebende Verfügung vom 20. September 2017 (AB 227) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem bidisziplinären Gutachten vom 5. bzw. 8. Juli 2016 (AB 190.1, 191.1) sowie den ergänzenden gutachterlichen Stellungnahmen vom 31. August 2016 (AB 199) und 24. Mai 2017 (AB 216).

**3.2.1** Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Juli 2016 (AB 190.1) keine eigenständige primär psychische Störung gemäss ICD-10 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (über 20 %) fest (AB 190.1/32 Ziff. III/1.). Daneben führte er folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (AB 190.1/32 Ziff. III/2.):

Vordiagnostiziert:

- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ICD-10 F62.0/F62.1, aus versicherungspsychiatrischer Sicht im Verlauf diskussionswürdig
- Traumafolgestörung ICD-10 F43.9, aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig
- „Dissoziative Symptomatik ICD-10 F44.88“, keine eigenständige Diagnose
- Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10 F43.1 mit Panikattacken und dissoziativen Anteilen ICD-10 F41.0, aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig
- Generalisierte Angststörung ICD-10 F41.1, aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig
- Agoraphobie mit Panik ICD-10 F40.01, aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig
- Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom ICD-10 F32.11, aktuell nicht festzustellen, als remittiert zu betrachten
- Rezidivierende depressive Störung ICD-10 F33, nicht nachvollziehbar

Der Gutachter attestierte in einer angepassten Tätigkeit durchgehend eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Zudem erklärte er, die Beschwerdeführerin sei weder in den vergangenen Jahren an einer primär psychischen Störung erkrankt gewesen noch liege eine solche Störung aktuell vor. In der angestammten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit – abgesehen von den Zeiten der

stationären Behandlungsbedürftigkeit – längerdauernd allenfalls höchstens um 20 % vermindert gewesen (AB 190.1/34 Ziff. VII/1. f.).

**3.2.2** Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vermerkte im neurologischen Gutachten vom 8. Juli 2016 (AB 191.1) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit 2011 bestehende, gegenwärtig medikamentös mit Gilenya behandelte, schubförmige Multiple Sklerose (MS; ICD-10 G35.1) mit einem aktuellen EDSS-Wert (Expanded Disability Status Scale) von 1.0 (AB 191.1/36 Ziff. III/1.). Er bescheinigte sowohl für die angestammte als auch jede andere leidensangepasste, d.h. körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit ohne weitere Leistungseinschränkungen (AB 191.1/39 f. Ziff. VI/1. f.).

**3.2.3** Gestützt auf eine Konsensbesprechung gelangten die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin sowohl aufgrund der MS als auch der Persönlichkeitsveränderung um je zu 20 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, wobei sich die Einschränkungen aus bidisziplinärer Sicht nicht kumulativ auswirkten. Gesamthaft bestehe somit sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste Tätigkeit eine um 20 % verminderte Arbeitsfähigkeit ohne weitere Leistungseinschränkungen (AB 190.1/30, 191.1/40 Ziff. VII).

**3.2.4** In der ergänzenden Stellungnahme vom 31. August 2016 (AB 199) hielt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ mit Blick auf den Austrittsbericht des Psychiatriezentrums E. \_\_\_\_\_ vom 3. Juni 2016 (siehe dazu AB 189/2-4) am Gutachten fest; dies mit der Begründung, es sei nach wie vor keine primär psychische Störung mit einer dauerhaften Einschränkung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar (AB 199/4 Ziff. 1). Dies bekräftigte er erneut in der zweiten Stellungnahme vom 24. Mai 2017 (AB 216).

**3.3** Im Zusammenhang mit der Neuanmeldung vom 23. Dezember 2019 (AB 256/1) ist den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.3.1** Dem Austrittsbericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 7. Juni 2018 (AB 260/15-19) zur stationären Behandlung vom 18. April bis 24. Mai 2018 sind die Diagnosen posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1),

mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und MS mit primär-chronischem Verlauf, ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression (ICD-10 G35.2), zu entnehmen. Die Einweisung sei aufgrund der aktivierten bzw. verstärkten Traumafolgesymptomatik erfolgt; dies vor dem Hintergrund der Aufhebung der IV-Rente, dem Abschluss des Belastungstrainings zufolge fehlender Steigerungsfähigkeit, einer aktuell geringen Belastbarkeit und Unsicherheit im zwischenmenschlichen Kontakt und des veränderten Besuchsrechts betreffend die Kinder der Beschwerdeführerin. Nach der stationären Behandlung sei die Beschwerdeführerin in stabiler, gekräftigter und stimmlich aufgehellter Verfassung nach Hause in die bestehenden ambulanten Betreuungsverhältnisse ausgetreten.

**3.3.2** Im Austrittsbericht des Psychiatriezentrums E.\_\_\_\_\_ vom 24. Juli 2019 (AB 260/9-12) zur stationären Hospitalisation vom 12. Juni bis 2. Juli 2019 ist als psychiatrische Hauptdiagnose eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.1) bei schwerer, chronischer Traumafolgestörung zu entnehmen. Nach einem multimodalen Therapieprogramm sei die Beschwerdeführerin etwas stabiler, indes nach wie vor schnell instabil, erschöpft und belastet, aber nun in positiverer Stimmung ausgetreten.

**3.3.3** Im Arztbericht vom 19. Dezember 2019 (AB 256/2 f.) diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Praxis H.\_\_\_\_\_, eine zunehmende Stuhlinkontinenz Grad III bei schubförmiger MS unter Therapie mit neurogener Sphinkter-Insuffizienz und ein regelmässiges Erbrechen und Nausea mittags bei bekannter axialer Hiatushernie (Diagnose 2006). In der Beurteilung hielt er fest, die zunehmende Stuhlinkontinenz sei am ehesten durch eine neurogene Komponente, das heisst die Multiple Sklerose bedingt. Die Beschwerdeführerin gebe intermittierend Dysästhesie, Parästhesie und auch Hypästhesie in den entsprechenden L5/S1 Dermatomen in den Zehen an. Es lägen keine muskulären Sphinkter-Defizite vor. Als Behandlungsmöglichkeiten nannte er spezialisierte Physiotherapie oder ein potentes Probiotikum.

**3.3.4** Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Arztbericht vom 17. Januar 2020 (AB 260/7 f.) eine schubförmige MS, u.a. mit zunehmender Stuhlinkontinenz seit mehr als einem Jahr. Aktuell leide die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht vor allem an einer Fa-

tigue wie auch an einer zunehmenden Stuhlinkontinenz, wobei letztere sich vor allem ab Herbst 2019 akzentuiert habe. In den bisherigen bildgebenden Verfahren habe sich trotz Prophylaxetherapie eine kleine zusätzliche Läsion gezeigt. Die Stuhlinkontinenz werde aber von gastroenterologischer Seite auf eine neurogene Problematik zurückgeführt, was auch aus neurologischer Sicht gut erklärbar sei. Dementsprechend habe sich die Situation seit dem Gutachten von 2016 doch erheblich geändert, da die Beschwerdeführerin in ihrem Alltag nunmehr zusätzlich eingeschränkt sei.

**3.3.5** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gab im Arztbericht vom 28. Januar 2020 (AB 260/4-6) an, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich primär in somatischer Hinsicht verschlechtert, jedoch habe sich in der Folge auch die psychiatrische Symptomatik verstärkt. Als Hauptdiagnosen nannte sie eine Anpassungsstörung bei schwerer chronischer Traumafolgestörung (ICD-10 F43.1) und eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig (ICD-10 F31.1).

**3.3.6** Die Hausärztin Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Verlaufsbericht vom 7. Februar 2020 (AB 260/2) aus, aufgrund der neurogenen Diarrhoe und der unkontrollierbaren Stuhlinkontinenz sei die Beschwerdeführerin im Alltag stark eingeschränkt. Zudem sei es zuletzt zu rezidivierendem Erbrechen gekommen. Gastroskopisch habe sich nur eine chronische hämorrhagische Gastritis ohne somatische Ursache gefunden. Als Ursache für die Gastritis erachte sie das psychogene Erbrechen und dieses wiederum stehe im Rahmen der psychischen Belastung, welche in den letzten Jahren deutlich zugenommen habe. Auch bestehe eine chronische Müdigkeit im Rahmen der psychischen Erkrankung und der MS.

**3.3.7** Der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ (im eidgenössischen Medizinalberuferegister ohne anerkannten Facharztstitel verzeichnet [[www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)]) hielt am 1. März 2020 fest, in psychiatrischer Hinsicht sei es im Verlauf vor den erfolgten stationären Aufenthalten aufgrund psychosozialer Belastungen jeweilig zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik gekommen; der Zustand habe wieder stabilisiert werden können. Zu den differentialdiagnostischen gutachterlichen Ausführungen ergäben sich keine relevanten neuen Anknüpfungstatsachen.

Das Vorliegen einer mittelgradig depressiven Symptomatik sei mangels eines differenzierenden psychopathologischen Berichts nicht nachvollziehbar. Insgesamt sei eine länger anhaltende Verschlechterung des psychischen Zustandes aus versicherungsmedizinisch relevanten Gründen (unter Ausschluss der im Vordergrund stehenden psychosozialen Belastung) im Krankheitsverlauf nicht zu erkennen. Es zeige sich eine divergierende medizinische Beurteilung desselben Sachverhaltes vonseiten der psychiatrischen und stationären Behandler im Vergleich zum psychiatrischen Gutachten von 2016. In somatischer Hinsicht bestehe hinsichtlich der beschriebenen Diarrhoe und Stuhlinkontinenz sowie des rezidivierenden Erbrechens ein massgeblicher Zusammenhang mit den bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren. Eine nachvollziehbare neurologische Grundlage finde sich entgegen der Auffassung der behandelnden Ärzte nicht und überdies fehlten differenzierende Angaben zur Frequenz der vorliegenden Diarrhoe und des berichteten Erbrechens, sodass der aktuelle Schweregrad ebenfalls nicht nachvollziehbar sei. Damit bestünden keine Hinweise auf eine Zustandsverschlechterung.

### **3.4**

**3.4.1** Vorab ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin seit dem 18. Mai 2017 geschieden ist (AB 257). Die Ehescheidung erfolgte damit vor dem vorliegend relevanten Betrachtungszeitraum (vgl. E. 2.4 und 3.1 hier vor), weshalb sie – anders als im Rahmen der Neuanmeldung vom 23. Dezember 2019 (AB 256/1) angenommen – von vornherein keinen Revisionsgrund bildet.

Soweit sich die Beschwerdeführerin ferner auf erst im kantonalen Beschwerdeverfahren eingereichte Arztberichte beruft (vgl. hierzu Beschwerdebeilage [BB] 3-5), ist festzuhalten, dass das Verwaltungsgericht seiner beschwerdeweisen Überprüfung grundsätzlich den Sachverhalt zu Grunde legt, wie er sich der Verwaltung bot (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69). Demgegenüber ist ein erst im kantonalen Gerichtsverfahren eingereichter Arztbericht selbst dann nicht in die Überprüfung miteinzubeziehen, wenn er Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand hinsichtlich des neuanmel-

dungsrechtlich relevanten Zeitraums zulässt. Von diesem Grundsatz wäre lediglich dann abzuweichen, wenn die IV-Stelle das Neuanmeldungsverfahren in formeller Hinsicht nicht bundesrechtskonform durchgeführt hätte (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 8. Januar 2019, 8C\_389/2018, E. 4.2). Dies wird von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht geltend gemacht, weshalb die besagten Arztberichte nicht zu berücksichtigen sind.

**3.4.2** In psychiatrischer Hinsicht werden in den im Rahmen der Neuanmeldung vom 23. Dezember 2019 (AB 256/1) eingereichten Arztberichten diagnostisch im Wesentlichen eine Anpassungsstörung bei schwerer chronischer Traumafolgestörung bzw. eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig (ICD-10 F31.1) beschrieben (vgl. AB 260/4, 9 und 15). Diese Diagnosen wurden bereits anlässlich des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ einlässlich begründet diskutiert, wobei der Gutachter namentlich das Bestehen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) verworfen und eine affektive Erkrankung als zumindest remittiert beschrieben hat (vgl. AB 190.1/23 ff.). Den aktuellen diagnostischen Ausführungen der behandelnden Ärzte ist demnach keine relevante neue psychiatrische Diagnose zu entnehmen, sondern darin ist vielmehr eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes zu erblicken, welche revisionsrechtlich unerheblich ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Eine – unabhängig von der Diagnose – nach Massgabe des psychopathologischen Befundes und des Schweregrads der Symptomatik (vgl. Entscheid des BGer vom 5. September 2019, 8C\_389/2019, E. 4.2.2; BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12) nachvollziehbar hergeleitete Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum ist aus den psychiatrischen Akten demgegenüber nicht ersichtlich bzw. nicht glaubhaft dargelegt.

Eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes wurde auch mit der zweimaligen stationären Behandlung der Beschwerdeführerin 2018 und 2019 (vgl. dazu AB 260/9-12 und 15-19) nicht glaubhaft gemacht, zumal diese offenkundig jeweils im Zusammenhang mit einem reaktiven Geschehen erfolgte, nämlich im Nachgang zur gerichtlich bestätigten Auf-

hebung der IV-Rente (vgl. AB 227, 245; so auch AB 260/5 und 15) und im Zusammenhang mit der schwierigen familiären Situation (Scheidung, Besuchsrechtsregelung, Alimente [vgl. AB 260/6, 9 f. und 15 f.] sowie erheblichen finanziellen Belastungen (vgl. AB 260/9 f.). Die beschriebenen Exazerbationen der psychischen Beschwerden zufolge verschiedener psychosozialer Belastungsfaktoren, welche nicht unter den invalidenversicherungsrechtlichen Begriff des Gesundheitsschadens fallen (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. mit Hinweis auf BGE 131 V 49 und 127 V 294 E. 5a S. 299), vermögen im Rahmen des für die Rechtsanwendung massgebenden Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. BGE 143 V 418 E. 6 S. 426, 127 V 294 E. 5a S. 299) keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu begründen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der anamnestisch reaktiven Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes zufolge der Aufhebung der IV-Rente, da ansonsten der gesetzliche Invaliditätsbegriff seine Konturen verlöre (vgl. Entscheid des BGer vom 16. Mai 2013, 9C\_799/2012, E. 2.5 mit Hinweis auf BGE 127 V 294). Die stationären Aufenthalte dauerten überdies jeweils lediglich rund einen Monat bzw. drei Wochen (vgl. AB 260/9 und 15) und vermögen daher auch in zeitlicher Hinsicht keine neu anmeldungsrechtlich relevante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) glaubhaft zu machen.

**3.4.3** Auf dem somatischen Gebiet beschrieb Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Arztbericht vom 19. Dezember 2019 (AB 256/2 f.) eine zunehmende Stuhlinkontinenz Grad III (Verlust des ganzen Stuhlgangs mindestens mehrmals pro Woche bis täglich, häufiger Stuhlgang bei wechselnder Konsistenz), wobei er diese als am ehesten neurogen durch die MS-Erkrankung begründet beschrieb. Damit prinzipiell übereinstimmend hielt auch Dr. med. I.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 17. Januar 2020 (AB 260/7 f.) – bei einer trotz installierter Prophylaxetherapie bildgebend feststellbaren zusätzlichen kleinen Läsion – für neurologisch gut erklärbar, dass die seit Herbst 2019 zunehmende Stuhlinkontinenz auf eine neurogene Problematik zurückgeführt werden könne. Die zunehmende Stuhlinkontinenz ist zudem gemäss der Hausärztin Dr. med. K.\_\_\_\_\_ im Alltag der Beschwerdeführerin stark einschränkend und mit sehr häufigen Arztkonsultationen verbunden (AB 260/2). Demgegenüber berichtete die Beschwerdeführerin anlässlich

der Exploration im Rahmen des neurologischen Gutachtens vom 8. Juli 2016 (AB 191.1/25) lediglich über eine teilweise gestörte Darmtätigkeit im Sinne einer Diarrhoe oder abwechselnd auch einer Obstipation, zudem über Darmkrämpfe und eine Laktose- und Fruktoseintoleranz. In der gutachterlichen Würdigung beschrieb Dr. med. D.\_\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der MS eine teilweise dadurch erklärbare Fatigue, während er weitere vorbekannte multiple organische Symptome neurologisch nicht zuordnete (vgl. AB 191.1/33). Gestützt auf die aktuellen fachärztlichen Untersuchungen ergeben sich somit zumindest Anhaltspunkte, die eine zwischenzeitliche Verschlechterung des neurologischen Gesundheitszustandes glaubhaft erscheinen lassen. Soweit demgegenüber der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 1. März 2020 (AB 262/4) sowohl die Stuhlinkontinenz als auch das rezidivierende Erbrechen pauschal als psychosomatisch bedingt wertete, kann dem mindestens betreffend die Stuhlinkontinenz nach der gegenwärtigen Lage der medizinischen Akten und mit Blick auf die neurologisch-gastroenterologische Qualifikation als neurogen nicht ohne Weiteres gefolgt werden. Diesbezüglich sind vielmehr weitergehende medizinische Abklärungen erforderlich. Insgesamt ist damit eine massgebende Veränderung des somatischen Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf das funktionelle Leistungsvermögen glaubhaft gemacht.

**3.5** Zusammenfassend ist mit den im Rahmen der Neuanschuldung vom 23. Dezember 2019 (AB 256/1) eingereichten Berichten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2019 (AB 256/2 f.) und von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 17. Januar 2020 (AB 260/7 f.) glaubhaft gemacht, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Aufhebung der IV-Rente mit Verfügung vom 20. September 2017 (AB 227) in einer für den Leistungsanspruch potentiell massgebenden Weise verändert hat, indem die Beschwerdeführerin durch die von den behandelnden Ärzten als neurologisch bedingt bzw. im Zusammenhang mit der MS-Erkrankung stehend beschriebenen zunehmenden Stuhlinkontinenz im Alltag erheblich eingeschränkt ist. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die Neuanschuldung mehr als zwei Jahre nach der rentenaufhebenden Verfügung vom 20. September 2017 datiert, weshalb an die Glaubhaftmachung

nicht allzu hohe Anforderungen zu stellen sind (vgl. BGE 130 V 64 E. 6.2 S. 70).

Demzufolge ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 4. Juni 2020 (AB 268) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie auf die Neuanschuldung eintrete und den streitigen Leistungsanspruch abkläre sowie anschliessend über diesen materiell entscheide.

#### **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. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.-- ist ihr nach Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten.

#### **4.2**

**4.2.1** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG).

**4.2.2** Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Mit Kostennote vom 7. September 2020 (in den Gerichtsakten) macht Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ bei einem zeitlichen Aufwand von 9.25 Stunden ein Honorar von Fr. 2'497.50 (9.25 Stunden à Fr. 270.--) zzgl. Auslagen von Fr. 159.60 und MWSt. von Fr. 204.60 (7.7 %

von Fr. 2'657.10), mithin total Fr. 2'861.70 geltend. Zusätzlich aufgeführt werden Berichtskosten von Fr. 100.-- für einen Arztbericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 3. Juli 2020 (BB 5). Der zeitliche Aufwand und die weiteren Auslagen sind nicht zu beanstanden. Hingegen beziehen sich die zusätzlich geltend gemachten Kosten von Fr. 100.-- auf einen Arztbericht, welcher nach Erlass der der angefochtenen Verfügung vom 4. Juni 2020 (AB 268) datiert und deshalb im vorliegenden Beschwerdeverfahren von vornherein nicht zu berücksichtigen ist (vgl. E. 3.4.1 hiervor), womit auch ein Entschädigungsanspruch gestützt auf Art. 45 Abs. 1 ATSG ohne Weiteres entfällt. Die von der Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzende Parteientschädigung ist somit auf Fr. 2'861.70 (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen.

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 4. Juni 2020 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie auf die Neuanmeldung eintrete und nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'861.70 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin 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.