

200 21 201 IV
LOU/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 21. September 2021

Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsdienst, Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Februar 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1971 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich unter Hinweis auf „psychische Probleme“ im Juni 2017 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1) und im Juli 2017 zum Leistungsbezug (AB 9) an. In der Folge tätigte die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen. Gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), vom 5. Oktober 2017 (AB 28) verneinte die IVB mit Verfügung vom 14. Dezember 2017 (AB 31) und der Begründung, es liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor, einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im Oktober 2020 (AB 36) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf einen verschlechterten Gesundheitszustand erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Die IVB tätigte wiederum medizinische und erwerbliche Abklärungen. Gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, vom 28. Dezember 2020 (AB 42) trat die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 43, 47 f.) mit Verfügung vom 4. Februar 2021 (AB 50) und der Begründung, die Versicherte habe nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der Verfügung vom 14. Dezember 2017 in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hätten, auf das Leistungsbegehren nicht ein.

C.

Mit Eingabe vom 10. März 2021 erhebt die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt C. _____ von B. _____, hiergegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 4. Februar 2021 sei aufzuheben.
2. Auf das Leistungsbegehren vom 29. Oktober 2020 sei einzutreten.
3. Es seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.
4. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und sie sei von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen zu befreien. Zudem sei ihr die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch den Unterzeichnenden zu gewähren.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. April 2021 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

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 ge-

geben (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 (grundsätzlich) einzutreten (vgl. aber E. 1.2 hiernach).

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 4. Februar 2021 (AB 50). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Neuanmeldung vom Oktober 2020 (AB 36) eingetreten ist. Vorliegend nicht Streitgegenstand bildet ein allfälliger Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren 3), da die Beschwerdegegnerin hierüber in der angefochtenen Verfügung nicht befunden hat. Diesbezüglich ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

1.3 Die Beurteilung von Beschwerden gegen Rechtsmittelentscheide, die ein Nichteintreten der Verfügungsbehörde zum Gegenstand haben, fällt in die einzelrichterliche Zuständigkeit (Art. 119 VRPG i.V.m. Art. 57 Abs. 2 lit. c GSOG; BVR 2011 S. 498 [VGE 2010/495 vom 19.5.2011], nicht publ. E. 1.3 mit Hinweis auf die Praxisfestlegung der erweiterten Abteilungskonferenz in verwaltungsrechtlichen Streitigkeiten vom 29. November 2010).

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 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 Hilfebe-

darfs 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 (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 2020 IV Nr. 45 S. 158 E. 4.2, 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 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).

3.

3.1 Zu prüfen ist nachfolgend, ob eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht ist. Dabei ist der Sachverhalt zur Zeit der leistungsablehnenden Verfügung vom 14. Dezember 2017 (AB 31) zu vergleichen mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Februar 2021 (AB 50) entwickelt hat (vgl. E. 2.4 hiavor).

3.2 Die leistungsablehnende Verfügung vom 14. Dezember 2017 (AB 31) stützte sich im Wesentlichen auf folgende medizinischen Berichte:

3.2.1 Im Bericht der Klinik F. _____ vom 25. Oktober 2016 (AB 8) stellte Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Verdachtsdiagnosen:

- Verdacht auf Dysthymia (ICD-10 F34.1) / Differentialdiagnose z.B. Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2)
- Verdacht auf Essattacken bei anderen psychischen Störungen (ICD-10 F50.4)
- Verdacht auf sekundäre Traumatisierung mit der Folge familiärer Zerrüttung und chronischer Überlastung nach Pflege und Tode von Angehörigen

Psychotherapeutische Hilfen seien indiziert, um einer Chronifizierung und drohenden Destabilisierung entgegenzuwirken. Zwecks Erhaltung der Restfamilie sei der Wunsch der Versicherten nach Behandlung im ambulanten Rahmen verständlich (S. 3).

3.2.2 Dr. med. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 18. Juli 2017 (AB 16) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Depression (S. 2 Ziff. 1.1). Diese werde von der Versicherten seit ca. 2000 bewusst wahrgenommen, bestehe aber wahrscheinlich schon seit der Kindheit. Damals hätte die frisch alleinerziehende Mutter Probleme mit dem Exmann und den Behörden gehabt (S. 3 Ziff. 1.4). Die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten zumutbar. Zu Beginn niederprozentig (ab sofort mit 20%) mit einer Steigerung im Verlauf. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit wegen dem eingeschränkten Konzentrationsvermögen (S. 4 f. Ziff. 1.7 ff.).

3.2.3 Dr. med. G._____ von der Klinik F._____ stellte im undatierten, bei der IVB am 29. August 2017 eingegangenen Bericht (AB 23) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; diagnostiziert 2001, vermutlich bestehend seit der Kindheit)
- Adipositas (ICD-10 E66, bestehend seit 2007)
- Hypertonie (diagnostiziert 2017, vermutlich bestehend seit 2015)
- Migräne (diagnostiziert 2017, vermutlich bestehend seit Jugendalter)
- Atypische familiäre Situation (ICD-10 Z60, S. 2 Ziff. 1.1)

Die Versicherte leide immer wieder unter starkem Schwitzen. Sie fühle sich aufgrund chronischer Lumbalgien weder in der Lage, lange zu stehen noch zu sitzen und benötige Bewegungsmöglichkeiten. Zudem schränkten Migräneanfälle die Leistungsfähigkeit immer wieder ein. Psychisch bestehe eine eingeschränkte Belastbarkeit in Abhängigkeit der Tagesverfassung, der körperlichen Beschwerden, der familiären Belastungen sowie der Schlafstörungen. Die Versicherte sei alleinerziehende Mutter minderjähriger Kinder, deren Betreuung gewährleistet sein müsse. Die Leistungsfähigkeit, die Konzentration sowie der Selbstwert seien eingeschränkt. Die Versicherte habe grosse Sorgen, den Anforderungen nicht gerecht zu werden bei eingeschränkter Umstellungsfähigkeit. Zurzeit sei die Aufmerksamkeit durch die problematische familiäre Situation

komplett beansprucht. Der von ihr erlernte Beruf habe sich in den vergangenen Jahren stark gewandelt. Die Versicherte habe die Arbeit gerne gemacht, sie würde jedoch viel Anleitung benötigen (S. 4 Ziff. 1.7). Zurzeit bestehe aufgrund der Diagnosen als ... eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Eine niederschwellige Arbeitsprobe wäre jedoch sinnvoll (S. 3 Ziff. 1.6). Ein beruflicher Einstieg wäre wünschenswert mit einem ganz kleinen Pensum von 10% und schrittweiser Steigerung bis maximal 40%. Aufgrund der bestehenden Diagnosen sei eine Minderleistung anzunehmen. In welchem Ausmass diese ausfallen würde, sei jedoch ohne konkrete Arbeitsprobe schwer einschätzbar (S. 4 Ziff. 1.7).

3.2.4 RAD-Ärztin Dr. med. D._____ führte in der Aktenbeurteilung vom 5. Oktober 2017 (AB 28) aus, die dokumentierten Befunde (Psychostatus am 24. Oktober 2016 und August 2017) würden weder für das Vorliegen einer leistungsrelevanten affektiven Störung noch für das Vorliegen einer primären psychischen Erkrankung sprechen. Die Versicherte habe Zukunftsängste und Sorgen, die dem situativen Kontext entsprechen würden. Sie sei dennoch in der Lage, für sich (Gesundheitsfürsorge) und andere (alleinerziehende Mutter) Sorge zu tragen und selbstständig ihren Haushalt zu führen. Ihr werde eine „Tendenz zur Perfektion“ zugesprochen als auch eine „Tendenz, sich selbst abzuwerten“. Die Versicherte selbst habe angegeben, „es immer geordnet und strukturiert zu brauchen“. Sie habe Angst davor, den an sie gestellten Anforderungen nicht gerecht zu werden und ein vermindertes Selbstwertgefühl. Die genannten Attribute würden auf Denk- und Verhaltensmuster einer ängstlich-selbstunsicheren Persönlichkeit mit der Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten und mit Kontrollverlustängsten hinweisen. Den genannten Persönlichkeitsmerkmalen komme allerdings kein Krankheitswert zu. Es bestehe objektiv weder eine anhaltende Depressivität noch eine durchgängige Ängstlichkeit. Die Versicherte reagiere in Stimmung und Affekt auf äussere Umstände, was gegen die Diagnose einer depressiven Episode und somit auch gegen die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung unter Zugrundelegung der ICD-10-Diagnosekriterien spreche. Ein Bluthochdruck werde medikamentös behandelt. Eine Migräne werde nach Bedarf im Falle einer Attacke medikamentös behandelt. Angaben zur Art und Häufigkeit der

Migräneattacken lägen nicht vor. Seit 2015 befinde sich die Versicherte wegen einer seit 2007 bestehenden Adipositas in ernährungstherapeutischer Behandlung. Gemäss dem undatierten Bericht von Dr. med. G. _____ (AB 23) liege ein BMI von 35.27 kg/m² vor, was einer Adipositas Grad II entspreche. Sämtliche somatischen Erkrankungen seien somit behandelbar und ohne Auswirkung auf das quantitative Leistungsvermögen. Zusammengefasst lägen bei der Versicherten weder im psychiatrischen noch im somatischen Fachgebiet Erkrankungen mit Auswirkung auf das quantitative/qualitative Leistungsvermögen vor. Es sprächen keine medizinischen Gründe gegen eine Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

3.3 Bezüglich des medizinischen Sachverhalts seit der Verfügung vom 14. Dezember 2017 (AB 31) ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Im Bericht der psychiatrischen Klinik I. _____ vom 16. Oktober 2020 (AB 36) wurden folgende psychiatrischen Diagnosen gestellt:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; mit frühem Beginn, diagnostiziert 2001)
- Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6; diagnostiziert 2020)
- Essattacken bei anderen psychischen Störungen (ICD-10 F50.4; diagnostiziert 2020)
- Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung (ICD-10 Z60; atypische familiäre Situation)
- Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf die Erziehung (ICD-10 Z62; emotionale Vernachlässigung in der Kindheit)

Zudem bestünden folgende bekannten somatischen Diagnosen:

- Adipositas (ICD-10 E66; BMI aktuell 34.6 kg/m²)
- Multisegmentale Diskopathien betreffend vor allem die drei untersten Lumbalsegmente, Diskusprotrusionen in LWK 4/5, Diskushernie LWK5/SWK 1 (diagnostiziert 2018)
- Hypertonie (diagnostiziert 2017)
- Migräne (diagnostiziert 2017, vermutliche bestehend seit dem Jugendalter)

Die Versicherte habe vom 8. Juni bis zum 16. Oktober 2020 jeweils an vier Tagen die Woche eine teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie in der psychiatrischen Klinik I. _____ in Anspruch genommen. Ab dem 26. Oktober 2020 werde sie in der Rehabilitationsklinik J. _____

die Therapie weiterführen. Trotz langjähriger ambulanter Therapie in der Klinik F._____ habe die Versicherte erneut einen depressiven Einbruch erlebt, so dass eine mindestens teilstationäre Behandlung indiziert gewesen sei. Es sei ihr gelungen, in den therapeutischen Prozess einzusteigen und auf die Behandlung der chronisch depressiven Symptomatik habe sie sehr gut angesprochen und habe mit ihrer grossen Veränderungsmotivation Fortschritte auf der Verhaltensebene wie auch in Bezug auf die kognitive Umstrukturierung gemacht. Des Weiteren habe sie Termine beim internen Integrationsmanagement wahrgenommen, mit dem Ziel, dass ein vorerst niedrigprozentiger Arbeitsanstieg ermöglicht werde. Hierzu sei ihre Belastbarkeit jedoch noch eingeschränkt und sie benötige unterstützende berufliche Massnahmen / Integrationsmassnahmen. Die Motivation der Versicherten, nach langjähriger Krankheit und Berufsferne einen beruflichen Wiedereinstieg zu meistern, sei sehr gross. Vor ungefähr neun Monaten sei es zu einem Arbeitsintegrationsversuch durch das zuständige Sozialamt gekommen, bei dem die Versicherte in einem ... niederschwellig (< 20%) gearbeitet habe. Der Versuch habe aufgrund psychischer Dekompensation abgebrochen werden müssen. Aufgrund der Symptomatik der gestellten Diagnosen sei die Anpassung an Regeln und Routinen nicht beeinträchtigt, die Mobilität und Verkehrsfähigkeit leicht beeinträchtigt, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit leicht bis mässig beeinträchtigt, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Kompetenz- und Wissensanwendung, die Fähigkeit zur Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit sowie die Selbstpflege und Selbstversorgung mässig beeinträchtigt, die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen mässig bis erheblich beeinträchtigt und die Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Proaktivität und Spontanaktivitäten, die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie die Selbstbehauptungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt.

3.3.2 Im Bericht der psychiatrischen Klinik I._____ vom 27. Oktober 2020 (AB 40) wurde ausgeführt, aufgrund der vorliegenden depressiven Symptomatik und des klinischen Eindrucks sei eine rezidivierende depressive Störung mit frühem Beginn, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), diagnostiziert worden. Es gebe klare und schlüssige biographische Erklärungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser

chronischen affektiven Störung (körperlicher Missbrauch und emotionale Vernachlässigung durch die prägenden Bezugspersonen in der Kindheit sowie ein erster Suizidversuch bereits mit acht Jahren). Des Weiteren habe es bei Eintritt klare Hinweise auf eine selbstunsichere (ängstlich vermeidende) Persönlichkeitsstörung gegeben, welche sich durch Verhaltensbeobachtungen im klinischen Milieu sowie durch diagnostische Testungen bestätigt hätten (ICD-10 F60.6). Die Versicherte zeige zudem Frustessen und auch biographisch spezielle Essgewohnheiten (ICD-10 F50.4). Nach viermonatiger teilstationärer Behandlung habe die Versicherte am 16. Oktober 2020 in verbessertem und stabilem Zustand in die bestehenden Wohnverhältnisse entlassen werden können. Ab dem 26. Oktober 2020 werde sie in der Rehabilitationsklinik eine teilstationäre Weiterbehandlung in Anspruch nehmen.

3.3.3 Dr. med. E. _____ kam in der RAD-Aktenbeurteilung vom 28. Dezember 2020 (AB 42) zum Schluss, aus medizinischer Sicht und anhand der vorliegenden Akten sei die von der Versicherten geltend gemachte Änderung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 14. Dezember 2017 (AB 31) nicht glaubhaft gemacht. Sie verweise in der Neuanmeldung auf den Bericht der psychiatrischen Klinik I. _____ vom 16. Oktober 2020. Darin würden ähnliche Befunde dokumentiert wie diejenigen, die bereits 2017 zur Ablehnung des Leistungsgesuchs geführt hätten. Diagnostik und Befunderhebung seien dieses Mal differenzierter; es würden spezifischerer Diagnosemanuale angewendet. Die angewendeten psychiatrischen Testverfahren seien Selbstbeurteilungsfragebogen, in welchen eher das subjektive Empfinden der Versicherten zum Ausdruck komme oder wo im psychopathologischen Befund Interpretationen des Untersuchers auffielen. Die Begründung für insbesondere die Persönlichkeitsstörung sei vage geblieben, auch wenn sie als „klare und schlüssige Erklärungen“ dargestellt würden. Die somatischen Befunde würden jenen aus dem Jahr 2017 entsprechen. Ein MRI wie auch eine allgemeinärztliche Beurteilung der Rückenschmerzen habe Anfang 2018 ergeben, dass eine Diskushernie S1 festgestellt worden sei. Nach Rücksprache mit dem Neurologen (ebenfalls im Jahr 2018) sei abgewartet worden. Das Angebot des Neurologen, bei ausbleibender Besserung sich in der neurochirurgischen Sprechstunde des Spitals K. _____

vorzustellen, sei nicht wahrgenommen worden, ebenso wenig wie die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Notfalls des Spitals K._____ bei akuter Verschlechterung. Es sei daher von einer anderen Beurteilung desselben Sachverhalts auszugehen. Aktuell seien eine (eher leichtgradige) rezidivierende depressive Störung, akzentuierte Persönlichkeitszüge sowie Rückenschmerzen bei Adipositas erkennbar. Seit Jahren bestünden gravierende krankheitsfremde Belastungen. Zusammenfassend seien es in erster Linie die ausgesprochen schwierigen Lebensumstände, unter denen die Versicherte leide, und weniger die daraus folgende psychiatrische Symptomatik.

3.3.4 Im Bericht der psychiatrischen Klinik I._____ vom 11. Februar 2021 (AB 54) wurde neben den bereits bekannten Diagnosen sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F68.8) diagnostiziert. Die Versicherte sei während des gesamten Aufenthaltes in der Rehabilitationsklinik (26. Oktober 2020 bis 29. Januar 2021) für sämtliche Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig gewesen.

3.4 Die Beschwerdegegnerin führte in der Nichteintretensverfügung vom 4. Februar 2021 (AB 50) aus, mit der Neuanschuldung vom Oktober 2020 und den damit und in der Folge eingereichten medizinischen Berichten würde keine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft gemacht. Es lägen weder neue Befunde vor noch würden die Berichte erhebliche neue Tatsachen aufzeigen. Dieser Ansicht kann – wie nachfolgend dargelegt – nicht gefolgt werden:

Die Verfügung vom 14. Dezember 2017 (AB 31) basierte im Wesentlichen auf dem RAD-Bericht von Dr. med. L._____ vom 5. Oktober 2017 (AB 28), welcher wiederum auf die Berichte der Klinik F._____ vom 25. Oktober 2016 (AB 8) und 29. August 2017 (AB 23) sowie der behandelnden Hausärztin Dr. med. H._____ vom 18. Juli 2017 (AB 16) abstellte. Im Neuanschuldungsverfahren wurde im Wesentlichen auf die Berichte der psychiatrischen Klinik I._____ vom 29. März 2018 (AB 40/7; MRI der LWS) sowie vom 16. und 20. Oktober 2020 (AB 36/2, 40/1) verwiesen. Weiter wurde der Beschwerdegegnerin nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung der Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik I._____ vom 11. Februar 2021 (AB 54) zugestellt. Dieser Bericht betrifft,

auch wenn nach dem Verfügungserlass datierend, jedoch die teilstationäre Behandlung vom 26. Oktober 2020 bis zum 29. Januar 2021, d.h. er lässt Rückschlüsse auf den hier massgebenden Beurteilungszeitraum zu und ist insoweit zu berücksichtigen (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Aus den neuen Berichten gehen im Gegensatz zum Referenzzeitpunkt 2017 drei neue Diagnosen hervor, indem nun eine ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), Essattacken bei anderen psychischen Störungen (ICD-10 F50.4) sowie sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F68.8) aufgeführt werden (AB 36/2, 40/1, 54/1), wobei insbesondere erstere Diagnose klinisch wie auch durch Testung (Mini-ICF) belegt wurde (AB 36/3 f., 40/2 f.; vgl. auch vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 282). Weiter lagen im Referenzzeitpunkt 2017 nur relativ gering ausgeprägte funktionelle Einschränkungen vor, welche lediglich allgemein umschrieben wurden (Leistungsfähigkeit, Konzentration, Selbstwert; AB 23/4 Ziff. 1.7). Dies hat sich seither geändert. Im Bericht vom 16. Oktober 2020 werden diese funktionellen Einschränkungen nun umfassend und genau aufgeführt und neu insbesondere u.a. die Anpassungs-, Planungs- und Urteilsproblematik genannt (AB 36/4). Hierzu äussert sich Dr. med. E. _____ in seiner RAD-Aktenbeurteilung vom 28. Dezember 2020 (AB 42) nur oberflächlich, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung beurteilte er als (nicht pathologische bzw. nicht rentenrelevante) akzentuierte Persönlichkeitszüge, ohne dies zu begründen (AB 42/4). Weiter ist den neuen Berichten aus dem Jahre 2020 und 2021 zu entnehmen, dass nunmehr nicht nur wie früher eine ambulante medizinisch-psychotherapeutische Behandlung stattfand, sondern eine über vier Monate und an vier Tagen die Woche dauernde teilstationäre Behandlung (8. Juni bis 16. Oktober 2020; AB 36/2, 40/1) mit anschliessender teilstationärer intensiver Weiterbehandlung (26. Oktober 2020 bis 29. Januar 2021; AB 40/3, 54/1). Auch wurde nun, im Gegensatz zu früher, aus psychiatrischer Sicht zumindest für den letzten dreimonatigen teilstationären Aufenthalt bis Ende Januar 2021 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 54/2) und die Meinung vertreten, eine Arbeitstätigkeit sei zum aktuellen Zeitpunkt auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht realistisch und zumutbar (AB 54/3).

3.5 Aufgrund des Dargelegten genügen unter Berücksichtigung des reduzierten Beweisgrades die im Neuanmeldungsverfahren ins Recht gelegten Berichte in der Gesamtschau den Anforderungen von Art. 87 Abs. 2 IVV und es ist damit eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Oktober 2017 glaubhaft gemacht, d.h. es bestehen hierfür gewisse Anhaltspunkte, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsdarstellung nicht erstellen lassen (vgl. E. 2.3 hiervor). Damit ist – soweit darauf einzutreten ist – in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 4. Februar 2021 (AB 50) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur materiellen Anspruchsprüfung zurückzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht 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).

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stunden-

ansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt. Als fachlich nicht qualifizierte Vertretung gelten alle übrigen Parteivertreterinnen und -vertreter (vgl. Rundschreiben der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung und der Abteilung für französischsprachige Geschäfte des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter www.justice.be.ch). Im Falle der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne der Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.4.1 S. 4) wird der Stundenansatz bei einer fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 130.-- und bei einer fachlich nicht qualifizierten Vertretung auf Fr. 80.-- festgelegt.

Mit Kostennote vom 23. April 2021 hat Rechtsanwalt C._____ einen Aufwand von 8.35 Stunden à Fr. 130.--, ausmachend Fr. 1'085.50, Spesen von 54.30 und die Mehrwertsteuer von Fr. 87.76, total Fr. 1'227.55, geltend gemacht, was nicht zu beanstanden ist. Die Parteientschädigung wird damit auf Fr. 1'227.55 festgesetzt; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

4.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist das Interesse an der Beurteilung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt C._____ als amtlicher Anwalt dahingefallen. Entsprechend ist das Verfahren um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben (HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, 2. Aufl. 2020, Art. 39 N. 1).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Soweit darauf einzutreten ist, wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 4. Februar 2021 in Gutheissung der Beschwerde

aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur materiellen Anspruchsprüfung zurückgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'227.55 (inkl. Auslagen und MwSt.), zu ersetzen.
4. Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt C._____ als amtlicher Anwalt wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - 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.