

200 22 114 IV  
LOU/SHE/KKE/IZM

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 15. Juni 2022**

Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Schnyder

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. Januar 2022



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1979 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im August 2009 unter Hinweis auf seit ca. 2000 bestehende Depressionen bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB 1]). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Mit Verfügung vom 5. Oktober 2010 (AB 26) wurde der Anspruch auf berufliche Massnahmen und mit Verfügung vom 26. April 2011 (AB 37) – bei einem in Anwendung der gemischten Methode (40% Erwerb, 60% Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 3% – der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint. Die Verfügungen blieben unangefochten.

### **B.**

Im Juli 2018 (Früherfassung; AB 38) resp. im August 2018 (AB 42) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine postnatale Depression und eine rezidivierende Depression sowie eine seit Mai 2018 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Die IVB nahm daraufhin wiederum erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Mit Mitteilung vom 23. Mai 2019 verneinte sie einen Anspruch auf berufliche Massnahmen (AB 67). Nach Einholen eines psychiatrischen Gutachtens vom 31. Oktober 2019 (AB 84/2) und einer ergänzenden Stellungnahme vom 28. März 2020 (AB 95/2) bei Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt, verneinte die IVB mit Verfügung vom 3. April 2020 (AB 96) mangels Vorliegens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Auf die dagegen erhobene Beschwerde (AB 100/3) trat das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 25. Juni 2020, IV/2020/46 (AB 101), wegen Versäumnis der Beschwerdefrist nicht ein. Das Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

**C.**

Im Oktober 2021 (AB 102) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine seit der Kindheit vorhandene rezidivierende Depression und eine seit dem 16. Januar 2017 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 112 ff.) trat die IVB mit Verfügung vom 19. Januar 2022 (AB 118) auf das Leistungsbegehren nicht ein mit der Begründung, eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse sei seit der letzten Verfügung nicht glaubhaft gemacht worden.

**D.**

Mit Eingabe vom 18. Februar 2022 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, dagegen Beschwerde und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 19. Januar 2022 unter Anweisung der Beschwerdegegnerin, auf das Leistungsbegehren vom 6. Oktober 2021 einzutreten.

Mit Beschwerdeantwort vom 18. März 2022 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 19. Januar 2022 (AB 118). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom Oktober 2021 (AB 102) zu Recht nicht eingetreten ist.

**1.3** Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln als Einzelrichterin oder Einzelrichter Beschwerden gegen Nichteintretensverfügungen oder -entscheide (Art. 57 Abs. 2 lit. c GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung datiert vom 19. Januar 2022, d.h. sie erging nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs ist – im Anbetracht der Neuanmeldung im Oktober 2021 und der sechsmonatigen Karenzzeit laut Art.

29 Abs. 1 IVG – nach dem 1. Januar 2022, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der seit dem 1. Januar 2022 gültigen Fassung massgebend sind (vgl. Rz. 9100 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2 S. 198).

**2.2** 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 IVV). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Dies gilt analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

**2.3** 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 grundsätz-

lich 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).

**2.4** Die versicherte Person muss mit der Neuanschuldung oder dem Revisionsgesuch die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Wird in der Neuanschuldung oder dem Revisionsgesuch kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehrungen geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69).

**2.5** Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; der Sachverhalt muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsdarstellung nicht erstellen lassen. Grundsätzlich unterliegt das Glaubhaftmachen weniger strengen Anforderungen als im Zivilprozessrecht. Dort muss – im Gegensatz zum vollen Beweis – das Gericht von der Richtigkeit der behaupteten Sachdarstellung immerhin überzeugt sein, wenn auch nicht vollständig und unter Ausschluss jeden Zweifels (SVR 2020 IV Nr. 45 S. 158 E. 4.2, 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

**2.6** 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 beurteilen ist im vorliegenden Fall, ob die Beschwerdeführerin eine revisionsrechtlich relevante Veränderung des massgeblichen Sachverhaltes seit der letzten materiellen Prüfung des Anspruchs auf IV-Leistungen glaubhaft gemacht hat (vgl. E. 2.2 hiavor).

Die Verfügung vom 3. April 2020 (AB 96) basierte auf einer umfassenden Abklärung, in deren Rahmen insbesondere auch ein monodisziplinäres Gutachten bei Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2019 (AB 84) und eine ergänzende Stellungnahme vom 28. März 2020 (AB 95/2) eingeholt wurden. Diese Verfügung bildet die letzte (rechtskräftige) vollständige materielle Beurteilung des Leistungsanspruchs, indem sie zwar beim Verwaltungsgericht angefochten worden war, dieses jedoch mit seinem Urteil vom 25. Juni 2020 – infolge nichteingehaltener Rechtsmittelfrist – auf die Beschwerde nicht eingetreten ist (VGE IV/2020/468; AB 101), mithin keine materielle gerichtliche Überprüfung stattfand. Massgebender Referenzzeitpunkt (vgl. E. 2.6 hiavor) bildet demnach das Datum der erwähnten Verfügung vom 3. April 2020. Folglich kommt der am 26. April 2011 erlassenen erstmaligen rentenabweisenden Verfügung revisionsrechtlich keine Bedeutung mehr zu (AB 31, 37).

**3.2** Die Verfügung vom 3. April 2020 (AB 96) stützt sich im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2019 (AB 84/2) und seine ergänzende Stellungnahme vom 28. März 2020 (AB 95/2).

**3.2.1** Bezüglich der anlässlich der psychiatrischen Exploration erhobenen objektiven Befunde hielt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 31. Oktober 2019 (AB 84/22 Ziff. 4a) fest, dass im direkten klinischen Kontakt die Versicherte in psychiatrischer Hinsicht unauffällig gewirkt habe und das Gangbild uneingeschränkt gewesen sei. Eine Schmerzschonhaltung sei nicht festzustellen gewesen und die Bearbeitung eines Tests sei ihr ohne objektive kognitive Einschränkungen gelungen. Klinisch hätten keine Anhaltspunkte für eine Intoxikation mit psychotropen Substanzen bestanden. Im Gespräch habe sie keine Mühe gehabt, den Blickkontakt zu halten und habe im Gedankengang nicht blockiert gewirkt. In der Interaktion während des Gesprächsverlauf habe sich keine Beeinträchtigung im formalen Denken, kein Verlust der Wachheit, keine Müdigkeit und keine Verlangsamung gezeigt. Anzeichen einer Störung der Sprachproduktion, des Sprachverständnisses oder des Sprechens hätten sich nicht gefunden. Im Querschnittbefund seien keine wahnhaften qualitativen Bewusstseins Einschränkungen im Sinne einer Bewusstseinsengung vorhanden gewesen, die sich auf die Bewusstseinsklarheit und die realistische Vergegenwärtigung des Erlebens auswirke, quantitativ bei wachem Bewusstsein. Die Versicherte sei zu Person, Situation, Ort und Zeit orientiert erschienen. Weiter habe die Aufmerksamkeit nicht fluktuiert und die Konzentrationsleistung sei überdauernd unauffällig gewesen. Ein gesondertes Gespräch sei ohne Probleme durchzuführen gewesen. Im inhaltlichen Denken seien kein systematisiertes Wahnsystem mit paranoiden Beeinträchtigungsideen und kein Beeinflussungserleben festzustellen gewesen. Zudem seien Sinnestäuschungen nicht objektivierbar gewesen. Eine Antriebsarmut sei nicht augenscheinlich gewesen. Die Psychomotorik sei weder hypomimisch noch maniert gewesen. Ein Anhalt für ich-dystone und ich-syntone Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen im engeren Sinne hätten sich nicht gefunden. Weiter habe es keine Anhaltspunkte für akute Suizidalität und akute Fremdgefährdung gegeben. Die Versicherte habe trotz Angabe von wechselhaftem Schlaf nicht müde gewirkt. Betreffend Stimmungsbild habe die Versicherte einen nicht depressiven unauffällig modulierbaren Affekt präsentiert. Das Vorhandensein in höherem Ausmass von depressivem Freudverlust, Schuld-, Bestrafungsgefühlen, Selbstablehnung und Interessenverlust sei nicht festzustellen gewesen. Es sei u.a. ferner nicht objektivierbar gewesen, dass die Versicherte stark angespannt gewirkt hätte. Es

sei zudem nicht deutlich gewesen, dass die Versicherte an depressivem Selbstwertverlust oder einer depressiven Affektstörung leide. Eine überdauernde depressiv-niedergeschlagene und verzweifelte Affektlage sei nicht festzustellen gewesen. Auch eine depressive Hoffnungslosigkeit sei aus der Schilderung der Versicherten nicht hervorgegangen. Eine höhergradige ausgeprägte depressive Verzweiflung habe nicht festgestellt werden können. Bei der klinischen Untersuchung habe weder eine Aufmerksamkeitsstörung noch eine erhöhte Vergesslichkeit oder Ablenkbarkeit festgestellt werden können (AB 84/22 f. Ziff. 4b). Bei den Laborergebnissen vom 21. Oktober 2019 sei der Blutspiegel des Medikaments Trazodon (Antidepressivum) mit  $0,35 \mu\text{mol/l}$  deutlich ausserhalb des Referenzbereichs (Ref.-Bereich  $1,88\text{-}2,69 \mu\text{mol/l}$ ) gelegen (AB 84/23 Ziff. 4c). Die Beschwerdevalidierung im Self-Report Symptom Inventory (SRSI-Methode) habe ergeben, dass bei erhöhter angegebener Belastung durch (potentiell) genuine Beschwerden (Gesamtzahl: 36, d.h. mehr als zwei Drittel aller vorgeschlagenen Beschwerden seien bejaht worden) von der Versicherten auch eine klar erhöhte Zahl an Pseudobeschwerden (Gesamtzahl: 14) geltend gemacht worden seien. Mithin sei eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit von bedeutsamen Antwortverzerrungen festzustellen, die aus versicherungsmedizinischer Perspektive die Beurteilung erlaube, dass die Beschwerdeschilderung der Versicherten mit hoher Wahrscheinlichkeit ungültig sei. Die geltend gemachten kognitiven und depressiven Beschwerden hätten in der gutachterlichen Untersuchung vom 23. Oktober 2019 nicht festgestellt werden können (AB 84/23 f. Ziff. 4d).

Weiter führte Dr. med C. \_\_\_\_\_ im Gutachten aus, aktuell bestehe keine zu plausibilisierende versicherungsmedizinische-psychiatrische Diagnose nach ICD-10 (AB 84/24 Ziff. 5). Bei der Versicherten sei betreffend ihres Werdegangs nicht davon auszugehen, dass eine eingeschränkte intellektuelle Leistungsfähigkeit nach ICD-10 überwiegend wahrscheinlich vorliege. Anhaltspunkte für kinderpsychiatrische Erkrankungen und Trauma-Folgestörungen, die bis ins Erwachsenenalter fortbestehen und sich relevant auf die berufliche Leistungsfähigkeit auswirkten, lägen nicht überwiegend wahrscheinlich vor. Anhand des Dossiers könne hingegen nachvollzogen werden, dass die Versicherte im Jahr 2008 passager an einer postpartalen Depression (ICD-10 F53.1) gelitten habe, die unter Behandlung remittierte

und keine überdauernde Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit begründete (AB 84/24 Ziff. 6a). Eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Kapitel F2 der ICD-10) liege ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich vor (AB 84/24 f. Ziff. 6a). Zudem könnten die Eingangskriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht festgestellt werden (AB 84/25 Ziff. 6a). Auch könne auf der Grundlage der psychiatrischen Exploration keine depressive Störung nach ICD-10 diagnostiziert werden (AB 84/26 Ziff. 6a).

In einer Gesamtschau sei der vorgelegte Fall widersprüchlich und unplausibel. Die subjektiven Beschwerden der Versicherten korrelierten nicht konsistent und ergäben nicht immer logische Zusammenhänge. Unter anderem seien einschränkende psychopathologische Symptome bei weitgehend unauffälliger sozialer Funktionsfähigkeit geäussert worden, die Psychopharmakotherapie liege ausserhalb des therapeutischen Spektrums und es bestünden unterschiedliche Wirklichkeitskonstruktionen in Bezug auf Kindheit und Entwicklung (vgl. AB 84/27 Ziff. 6a, 84/29 Ziff. 6c). Diese Feststellung in Verbindung mit dem auffälligen Ergebnis der Beschwerdevalidierung würden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen die Glaubwürdigkeit der von der Versicherten vorgetragene physischen Beschwerden sprechen. Im Hinblick auf die von der Versicherten geltend gemachten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sei daher aus versicherungsmedizinischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Aggravation, d.h. einer übertriebenen Darstellung des Schweregrades der Erkrankung bzw. der Symptome, auszugehen, die u.a. bei der Versicherten im Jahr 2008 im Rahmen einer postpartalen Depression passager aufgetreten sei. Eine reine Verdeutlichungstendenz sei nicht überwiegend wahrscheinlich (vgl. AB 84/27 Ziff. 6a).

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne keine klinisch relevante psychiatrische Gesundheitsstörung mehr plausibilisiert bzw. festgestellt werden, die die berufliche Leistungsfähigkeit derzeit höhergradig einschränke. Die attestierten (Teil-)Arbeitsunfähigkeiten könnten nicht überwiegend wahrscheinlich mit einer IV-relevanten Diagnose aus dem psychiatrischen Fachgebiet (Klassifikationssystemen der ICD-10 und DSM-5) erklärt werden. Die Versicherte sei aus rein versicherungsmedizinischer Sicht so-

wohl in den bisherigen Tätigkeitsprofilen (... für ...) als auch in jedweder Verweistätigkeit vollschichtig arbeitsfähig (vgl. AB 84/28 Ziff. 6b).

Zudem führte Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aus, könne hinsichtlich der Konsistenz die in der Anamnese angegebenen Krankheitsepisoden und die dokumentierte Psychopathologie als Symptome einer passageren postpartalen Depression (ICD-10 F53.1) im Jahr 2008 nachvollzogen werden, die aber zum Zeitpunkt der Begutachtung am 23. Oktober 2019 nicht mehr vorhanden sei. Eine im Jahr 2008 aufgetretene postpartale Depression begründe aus versicherungsmedizinischer-psychiatrischer Sicht keine überdauernde und höhergradige Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Eine höhergradige leistungseinschränkende mittel-schwergradige affektive Erkrankung in Sinne einer depressiven Episode des Kapitels F3 der ICD-10, die sich überdies losgelöst von psychosozialen Belastungsfaktoren (Paarprobleme, Trennungssituation, Probleme mit Arbeitslosigkeit, alleinerziehende Mutter, finanzielle Einschränkungen) entwickelt habe, liege überwiegend wahrscheinlich zu keinem Zeitpunkt vor (AB 84/28 Ziff. 6c).

Zusammenfassend könne aus versicherungsmedizinischer-psychiatrischer Sicht die attestierte Arbeitsunfähigkeit seit dem Referenzzeitpunkt der IV-Anmeldung nicht mit einer psychiatrischen Gesundheitsstörung erklärt werden. Die psychischen Einschränkungen, die in den Befundberichten im Dossier festgehalten wurden, könnten ferner nicht losgelöst von psychosozialen Belastungsfaktoren beurteilt werden. Folglich sei eine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgrund einer IV-relevanten psychischen Erkrankung bei der Versicherten nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt (AB 84/32 Ziff. 6c).

**3.2.2** In der ergänzenden Stellungnahme vom 28. März 2020 (AB 95/2) im Anschluss an den Vorbescheid vom 21. November 2019 (AB 85) und zum Gutachten vom 31. Oktober 2019 (AB 84/2) hielt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ fest, dass die neu eingereichten ärztlichen Berichte (vgl. AB 92 und 86/2) seine gutachterlichen Schlussfolgerungen vom 31. Oktober 2019 nicht entkräften würden. Er halte nach wie vor an seiner Einschätzung fest, dass aktuell mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine IV-relevante versicherungsmedizinische-psychiatrische Diagnose gestellt werden könne bzw. keine Gesundheitsstörung vorliege. Die neuen Befunde

würden zu keiner Änderung der diagnostischen Einschätzung und/oder der beruflichen Leistungsfähigkeit führen (AB 95/10 Ziff. 3).

**3.3** Was den medizinischen Sachverhalt seit der Verfügung vom 3. April 2020 (AB 96) betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.3.1** Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Medizinalberuferegister, [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)), kritisiert in seiner Stellungnahme vom 3. Juni 2020 (AB 100/4) das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2019 (AB 84/2) inhaltlich und formell. Insbesondere sei es inhaltlich nicht nachvollziehbar und decke sich nicht mit seinen eigenen Untersuchungen, mit den Untersuchungen der vorbehandelnden und aktuell behandelnden Ärzte sowie mit der Einschätzung der Klinik E.\_\_\_\_\_, die jede Woche mindestens eine Stunde mit der Versicherten verbringe (AB 100/4). Diagnostisch läge aus seiner Sicht eine Kombination von einer rezidivierenden depressiven Störung, welche aktuell weiterhin als mittelgradig einzustufen sei (ICD-10 F33.10), und zumindest akzentuierten Persönlichkeitszügen mit abhängigen und ängstlich-vermeidenden Zügen, mit hoher Wahrscheinlichkeit aber sogar einer Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und ängstliche-vermeidenden Zügen (ICD-10 F61.0), vor (AB 100/4 f.). Hochwahrscheinlich sei auch eine generalisierte Angststörung vorhanden. Die depressive Störung und die Persönlichkeitsstörung stünden in ungünstiger Wechselwirkung, würden die Behandelbarkeit stark erschweren und hätten eine signifikante Auswirkung auf die Leistungs- und Partizipationsfähigkeit (AB 100/5). Die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei zudem nicht nachvollziehbar. Die Versicherte habe zuletzt als ... .. mit einer Zusatzausbildung in ... für eine ... gearbeitet. Ihre antizipatorischen Ängste in Bezug auf Fehler hätten dazu geführt, dass sie diese Tätigkeit habe aufgeben müssen. Dies habe eine ausgeprägte Schlafstörung zur Folge gehabt sowie der Versicherten die Regenerationsfähigkeit entzogen. In dieser Tätigkeit liege daher weiterhin eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit vor (AB 100/6). Auch bei einer Verweistätigkeit liege keine Arbeitsfähigkeit vor, wobei erst ein weiterer Aufbau über eine Tätigkeit im geschützten Rahmen erfolgen müsse, bevor ein Wechsel in Betracht komme (AB 100/6 f.)

**3.3.2** Mit ärztlicher Stellungnahme vom 30. September 2021 (AB 104/1) hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und stellvertretende Behandlerin der Beschwerdeführerin, fest, nach wie vor persistiere die chronifizierte depressive Symptomatik, wobei unter Ketamintherapie eine leichte Verbesserung vor allem hinsichtlich Energie- und Antriebslosigkeit sowie Müdigkeit habe erreicht werden können. Daneben liege neu die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und ängstlich-vermeidenden Anteilen vor (ICD-10 F61.0). Bezüglich der Persönlichkeitsstörung verweist die Ärztin auf die Stellungnahme von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 3. Juni 2020. Aktuell zeige sich eine massgebende Zustandsveränderung mit partiellem Rückgang der depressiven Symptomatik, weshalb eine Wiedereingliederung in Betracht gezogen werden könne.

**3.3.3** In der ärztlichen Stellungnahme vom 12. November 2021 (AB 111/2) führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus, wie bereits am 30. September 2021 erwähnt, liege neu eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und ängstlich-vermeidenden Komponenten (ICD-10 F61.0) vor. Die Hinweise darauf hätten bereits früh bestanden und seien von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ festgestellt worden. Klinisch seien die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und ängstlich-vermeidenden Anteilen erfüllt. Die Diagnose sei mittels SKID-II-Fragebogen und -Interview bestätigt worden. Die im Rahmen der neuen Diagnose bestehenden Einschränkungen beeinflusse die Arbeitsfähigkeit. Dies nebst der rezidivierenden depressiven Störung, welche nach wie vor bestehe, jedoch seit 2020 mit einer Ketamintherapie behandelt werde, auf welche die Versicherte anspreche.

**3.3.4** Am 8. Dezember 2021 verfasste Dr. med. F. \_\_\_\_\_ eine ärztliche Stellungnahme (AB116/3) unter Bezugnahme auf den Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 24. November 2021 (vgl. AB 112). Sie betonte darin wiederum, dass bei der Versicherten eine neue Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0) habe gestellt werden können. Ausserdem liege weiterhin eine rezidivierende depressive Störung mit chronifizierter therapieresistenter depressiver Symptomatik vor, weshalb die Indikation zur Ketamintherapie gestellt worden sei. Unter dieser Therapie seien

die depressiven Symptome teilweise zurückgegangen. Insbesondere die Antriebslosigkeit, Müdigkeit und Kraftlosigkeit hätten abgenommen. Trotz dieser Verbesserung sei die Versicherte weiterhin arbeitsunfähig, dies aufgrund von Einschränkungen im Rahmen der Persönlichkeitsstörung. Daher sei von einer massgeblichen Veränderung des Zustands und des Sachverhalts auszugehen. Diese Veränderung sei mit den Einschränkungen im Rahmen der Persönlichkeitsstörung erklärbar. Weiter sei im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2019 (vgl. AB 84/2) eine schwere psychische Störung, wie die Persönlichkeitsstörung, übersehen worden. Diese sei für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit relevant. Sie empfehle eine erneute Begutachtung.

**3.4.** Die Referenzverfügung vom 3. April 2020 (AB 96) basierte im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2019 (AB 84/2). Danach lag bei der Beschwerdeführerin bei unauffälligem klinischen Eindruck keine aktuelle psychiatrische Diagnose vor bei Status n. postpartaler Depression 2008 (vgl. AB 84/24 Ziff. 5). Im Gutachten wird auch festgestellt, dass der Medikamentenspiegel unter den relevanten Werten lag und eine mangelnde Compliance bestand (AB 84/27 Ziff. 6a). Darüber hinaus mangle es an Konsistenz in der Leidensbeschreibung der Beschwerdeführerin. Zwar seien 2008 (nach der Geburt des Kindes) im Rahmen der postpartalen Depression passager die entsprechenden Symptome aufgetreten. Im Hinblick auf die von der Versicherten in diesem Zusammenhang (heute) geltend gemachten Einschränkungen liege aber überwiegend wahrscheinlich keine reine Verdeutlichungstendenz, sondern eine Aggravation vor (AB 84/27 Ziff. 6a). Zudem wurde wiederholt auf die IV-rechtlich irrelevanten psychosozialen Belastungen hingewiesen (AB 84/32 Ziff. 6c). Schliesslich wurde eine psychische Krankheit und insbesondere eine anderweitig diagnostizierte chronifizierte Depression ausdrücklich und nachvollziehbar ausgeschlossen (AB 84/27 f. Ziff. 6a). Bei diesem überzeugenden Ergebnis hatte sich der Experte auch mit den anderslautenden früheren medizinisch-psychiatrischen Einschätzungen auseinandergesetzt (AB 84/29 f. Ziff. 6a) und eine funktionelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgeschlossen (AB 84/32 Ziff. 6c). Dr. med. C.\_\_\_\_\_ hielt in seiner im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingeholten ergänzenden Stellungnahme vom 28. März 2020 (AB 95) an seinen

Einschätzungen fest und begründete dies plausibel. Nachdem schliesslich die erste leistungsablehnende Verfügung vom 3. April 2020 (AB 96) rechtskräftig geworden ist (vgl. E. 3.1 hiervor), bildet diese und der ihr zugrundeliegende Sachverhalt die massgebliche Referenz und kann vorliegend – entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 6 Art. 5) – auf das Gutachten resp. die ergänzende Stellungnahme dazu nicht mehr zurückgekommen werden.

**3.5** In seiner Stellungnahme vom 3. Juni 2020 (AB 100/4 ff.) kritisiert Dr. med. D. \_\_\_\_\_ die Diagnostik von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ in dessen Gutachten (AB 84/2) sowie der ergänzenden Stellungnahme (AB 95/2) und diagnostiziert selber eine weiterhin mittelgradige rezidivierende depressive Störung, zumindest akzentuierte Persönlichkeitszüge mit abhängigen und ängstlich-vermeidenden Anteilen bzw. mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Persönlichkeitsstörung mit abhängigen ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0) sowie hochwahrscheinlich eine generalisierte Angststörung. Dies überzeugt nicht, indem Dr. med. D. \_\_\_\_\_ diagnostisch unklar bleibt und sowohl die IV-rechtlich grundsätzlich irrelevante Z-Diagnose von akzentuierten Persönlichkeitszügen und gleichzeitig eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F61.0 anführt, ohne zu präzisieren, was zutrifft. Auch hinsichtlich des Vorliegens einer generalisierten Angststörung spricht er von bloss hoher Wahrscheinlichkeit und führt nicht aus, weshalb er diese Diagnose nicht für überwiegend wahrscheinlich hält. Sodann verweist er zwar auf die ungünstige Wechselwirkung zwischen der mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störung und den erwähnten unklaren Persönlichkeitszügen bzw. der Persönlichkeitsstörung. Indessen ist eine mittelgradige rezidivierende depressive Störung nach der Rechtsprechung grundsätzlich nicht geeignet, eine Invalidität zu begründen (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2 S. 55). Deshalb und mit Blick auf die fehlende Eindeutigkeit der übrigen Diagnosen kann vorliegend nicht von einer relevanten einschränkenden Wechselwirkung ausgegangen werden, welche Zweifel an der Einschätzung des Dr. med. C. \_\_\_\_\_ aufkommen lassen müsste. Dies umso mehr, als Dr. med. D. \_\_\_\_\_ auf die vom Gutachter attestierte und breit abgehandelte Aggravation mit keinem Wort einging und auch die Wochenbettdepression im Jahr 2008 nicht erwähnte. Unter diesen Umständen ist unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel von einer irrelevanten unter-

schiedlichen Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes auszugehen (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105). Schliesslich vermag die Beurteilung durch Dr. med D. \_\_\_\_\_ nichts an der Schlüssigkeit der gutachterlichen Feststellung von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ zu ändern, zumal in Bezug auf Atteste von Hausärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, 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). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Im Übrigen ist überwiegend wahrscheinlich auszuschliessen, dass sich eine Persönlichkeitsstörung innert der kurzen Zeit seit Erlass der Verfügung vom 3. April 2020 (vgl. AB 96) entwickelt hat. Spezifische Persönlichkeitsstörungen, kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen und anhaltende Persönlichkeitsänderungen (F60 - F62) umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich von Persönlichkeitsänderungen durch den Zeitpunkt und die Art und Weise ihres Auftretens. Sie beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern bis ins Erwachsenenalter an (DILLING/MOMBOUR/SCHMITT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., S. 274). Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung in der Kindheit oder Jugend sind im vorliegenden Fall von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ keine festgestellt worden und ergeben sich auch aus den Akten nicht (AB 84/25 Ziff. 6a), weshalb diese Diagnose überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen werden kann. Soweit ist insgesamt keine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes resp. keine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft gemacht.

Die von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vorgelegten ärztlichen Stellungnahmen (AB 104/1, 111/2 und 116/3) vermögen ebenfalls keine revisionsrechtlich relevante Änderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft zu machen. Obwohl die von der Ärztin zuerst erwähnte persistierende chronifizierte de-

pressive Symptomatik im Hinblick auf deren Behandlung mittels Ketamintherapie an sich für eine solche Erkrankung sprechen, stellt dieselbe Ärztin aber auch fest, dass die besagte Therapie zu einem Rückgang der depressiven Beschwerden geführt habe (vgl. 116/3). Darüber hinaus repliziert Dr. F.\_\_\_\_\_ die medizinischen Befunde zur Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit abhängigen und ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61.0) von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, ohne einen eigenen Behandlungsbefund abzuleiten (AB 104/1). Ihre Ausführungen sind daher nicht geeignet, eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin rechtsgenügend zu belegen.

Ferner führt die Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 5, Art. 4) aus, die Beschwerdegegnerin habe es versäumt, einen ausführlichen Bericht der behandelnden Ärzte (Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ [letztere behandelte die Beschwerdeführerin im Übrigen bloss als Stellvertreterin der zuständigen Frau G.\_\_\_\_\_ {vgl. AB 104/1}]) einzuholen, insbesondere im Hinblick auf die massgeblichen Veränderungen. Aus diesem Umstand vermag sie indessen nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Denn es liegt an der Versicherten, mit der Neuanschuldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft zu machen (vgl. E. 2.4 hiervor).

Insgesamt liegen für die Zeit nach der Referenzverfügung vom 3. April 2020 weder Befunde noch Diagnosen vor, die eine revisionsrechtlich relevante Änderung im Sachverhalt als glaubhaft erscheinen liessen. Vielmehr sind die von der Beschwerdeführerin vorgelegten medizinischen Unterlagen bzw. die darin gezogenen ärztlichen Folgerungen als unterschiedliche Beurteilung desselben Leidens bei unveränderter Sachlage zu qualifizieren. Daran vermögen die von ihr geltend gemachten Anpassungen der Therapiefrequenz und der Medikation letztlich nichts Entscheidendes gegenüber der Situation zum Zeitpunkt der ersten Verfügung vom 3. April 2020 zu ändern.

**3.6** Zusammenfassend vermochte die Beschwerdeführerin – wie von der Beschwerdegegnerin zu Recht dargelegt – im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) gestützt auf die vorgelegten medizinischen Akten keine wesentliche Veränderung ihres Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Für das Gericht besteht somit kein Anlass, in den

Beurteilungsspielraum der Beschwerdegegnerin einzugreifen (vgl. E. 2.3 hiervor).

Bei dieser Sach- und Rechtslage ist die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin eingetreten. Der angefochtene Entscheid ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### **4.**

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

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

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

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

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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