

IV 200 2024 183
FRC/ZID/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil der Einzelrichterin vom 14. Juli 2025

Verwaltungsrichterin Frey
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Advokat B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. Januar 2024



Sachverhalt:

A.

Nach 2015 (Abweisung des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung [IV] mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens mit Verfügung vom 15. Dezember 2015 [Akten der IV-Stelle Bern {IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II} 21; vgl. auch act. II 1]) und 2016 (Nichteintretensverfügung vom 4. April 2017 [act. II 36; vgl. auch act. II 23]) meldete sich die 1962 in ... geborene, im Januar 1991 in die Schweiz eingereiste und zuletzt als ... in einem Pensum von 60 % tätig gewesene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) im November 2017 unter Hinweis auf eine funktionelle neurologische Störung, ein sensomotorisches Hemi-syndrom rechts, ein subacromiales Impingement der linken Schulter, eine schwere reaktive Depression und diverse Nebendiagnosen erneut zum Leistungsbezug an (act. II 41). Die IVB tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen; insbesondere liess sie die Versicherte polydisziplinär (allgemeininternistisch, neurologisch, orthopädisch und psychiatrisch) begutachten (MEDAS-Gutachten der C. _____ vom 4. November 2019 [act. II 105.1; vgl. auch act. II 115/2]) und einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 27. Juli 2020 (act. II 118/2 ff.) einholen. Mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 30. September 2020 wies die IVB bei einem in Anwendung der gemischten Methode (80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 7 % das Rentenbegehren ab (act. II 122). Zudem verneinte sie auf Gesuch hin (act. II 124) und nach Einholung eines Abklärungsberichts Hilflosenentschädigung vom 15. Februar 2023 (act. II 128/2 ff.) mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 30. März 2023 einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung (act. II 130; vgl. auch act. 124 bzw. 126).

Mit Schreiben vom 30. Mai 2023 meldete sich die Versicherte abermals zum Leistungsbezug an (act. II 134). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) verneinte im Bericht vom 5. Juli 2023 eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes (act. II 137/2 ff.), worauf die IVB nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (act. II 138, 142, 145) und hierbei eingeholten Stellungnahmen des RAD vom 7. November 2023 (act. II 146/3 ff.) und

25. Januar 2024 (act. II 153/2; vgl. auch act. II 152/4 f. und 148) mit Verfügung vom 29. Januar 2024 auf das Leistungsbegehren mangels Glaubhaftmachung einer Veränderung der Verhältnisse nicht eintrat (act. II 154).

B.

Hiergegen liess die Versicherte, wie schon im Vorbescheidverfahren vertreten durch Advokat B._____, mit Eingabe vom 29. Februar 2024 Beschwerde erheben und was folgt beantragen:

1. Die Verfügung vom 29. Januar 2024 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sind die gesetzlichen Leistungen auszurichten.
3. Es ist der Beschwerdeführerin eine volle (recte: ganze) IV-Rente auszurichten.
4. Eventualiter ist ein medizinisches fachärztliches Gutachten über den Eintritt der Invalidität der Beschwerdeführerin in Auftrag zu geben.
5. Subeventualiter ist der Fall zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
6. Es ist der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung mit dem Unterzeichner zu gewähren.
7. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Aufforderungsgemäss (vgl. prozessleitende Verfügung vom 4. März 2024) ergänzte die Beschwerdeführerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Eingabe vom 2. April 2024.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. April 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Am 17. April 2024 stellte die Beschwerdeführerin einen Antrag auf mündliche Verhandlung und Befragung von diversen Personen, wobei sie auf Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) verwies. Mit prozessleitender Verfügung vom 14. April 2025 wurden die beantragten Beweismassnahmen abgewiesen. Mit Eingabe vom 24. April 2025 hielt die Beschwerdeführerin daran fest, dass Personen im Rahmen einer mündlichen Verhandlung gestützt auf Art. 6 EMRK zu befragen seien.

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 Nichteintretensverfügung vom 29. Januar 2024 (act. II 154). Streitig und zu prüfen ist einzig, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom Mai 2023 (act. II 134) zu Recht nicht eingetreten ist. Soweit die Ausrichtung einer vollen (recte: ganzen) Invalidenrente beantragt wird, kann auf die Beschwerde nicht eingetreten werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_309/2019 vom 7. November 2019 E. 2.2).

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).

1.5 Mit Eingaben vom 17. April 2024 und 24. April 2025 ersuchte die Beschwerdeführerin um Durchführung einer mündlichen Verhandlung gestützt auf Art. 6 Ziff. 1 EMRK.

Art. 30 Abs. 3 der Bundesverfassung (BV; SR 101) garantiert die öffentliche Verhandlung und Urteilsverkündung, wobei das Gesetz Ausnahmen vorsehen kann. Diese Bestimmung ist im Wesentlichen von Art. 6 Ziff. 1 EMRK angeregt worden (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] U 145/00 vom 16. Mai 2001 E. 1c). Die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung setzt im Sozialversicherungsprozess einen Parteienantrag voraus, aus dem klar und unmissverständlich hervorgeht, dass eine konventionskonforme Verhandlung mit Publikums- und Presseanwesenheit durchgeführt werden soll (BGE 136 I 279 E. 1 S. 281). Wird lediglich eine persönliche Anhörung oder Befragung, ein Parteiverhör, eine Zeugeneinvernahme oder ein Augenschein verlangt, darf das Gericht daraus schliessen, dass es dem Antragsteller um die Abnahme bestimmter Beweismittel und nicht um die Durchführung einer Verhandlung mit Publikums- und Presseanwesenheit geht (BGE 122 V 47 E. 3a S. 55; SVR 2009 IV Nr. 22 S. 62 E. 1.2).

Das von der Beschwerdeführerin gestellte Gesuch um mündliche Verhandlung stellt keinen Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung (mit Publikums- und Presseanwesenheit) im Sinne von Art. 6 Ziff. 1 EMRK, sondern ein ausschliesslich auf eine Beweisabnahme gerichtetes Begehren dar, worauf der Öffentlichkeitsgrundsatz keinen Anspruch einräumt. Die massgebenden Tat- und Rechtsfragen lassen sich aufgrund der im Recht liegenden Akten zuverlässig beurteilen, sodass auch mit Blick auf Art. 61 lit. c ATSG in antizipierter Beweismündigkeit (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; in BGE 151 III 28 nicht publ. E. 5.2 des Urteils des BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4) kein Anlass für die Durchführung einer mündlichen Verhandlung besteht. Dies wurde bereits mit prozessleitender Verfügung vom 14. April 2025 festgehalten. Nach dem Gesagten ist der vorliegende Prozess in Schriftform durchzuführen (Art. 31 VRPG; vgl. auch Art. 61 lit. e ATSG [e contrario]).

2.

2.1

2.1.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

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; Urteil des BGer 8C_661/2022 vom 26. Juni 2023 E. 3.6.2, nicht publ. in: BGE 149 V 177, aber in: SVR 2023 IV Nr. 52 S. 177).

2.1.2 Die versicherte Person muss mit der Neuanmeldung 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). Ein erst im kantonalen Gerichtsverfahren eingereichter Arztbericht ist selbst dann nicht in die Überprüfung miteinzubeziehen, wenn er Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand hinsichtlich des neuanmeldungsrechtlich relevanten Zeitraums zulässt. Von diesem Grundsatz wäre lediglich dann abzuweichen, wenn die IV-Stelle das Neuanmeldungsverfahren in formeller Hinsicht nicht bundesrechtskonform durchgeführt hätte (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69; Urteile des BGer 8C_557/2023 vom 22. Mai 2024 E. 3.2, 8C_389/2018 vom 8. Januar 2019 E. 4.2).

2.1.3 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 (BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 183; SVR 2022 IV Nr. 35 S. 114, 9C_556/2021 E. 2.2, 2014 IV Nr. 33 S. 121, 8C_746/2013 E. 2).

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 wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, 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 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). Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vor-

behältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanschuldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

3.

3.1 Die letzte umfassende Prüfung des Leistungsanspruchs erfolgte mit Verfügung vom 30. September 2020, mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde (act. II 122). Diese Verfügung bildet die zeitliche Vergleichsbasis (vgl. E. 2.3 hiervor) für die Beurteilung der Frage, ob die Beschwerdeführerin bis zum Erlass der angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 29. Januar 2024 (act. II 154) eine erhebliche Veränderung des Sachverhalts glaubhaft machen konnte.

3.2 Beim Erlass der Verfügung vom 30. September 2020 (act. II 122) stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf die interdisziplinäre Beurteilung der MEDAS-Gutachter vom 4. November 2019 (act. 105.1), wobei sie eine rentenbegründende Wirkung des psychischen Gesundheitsschadens anhand des strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296) verneinte (act. II 122/2 f.).

3.2.1 Die MEDAS-Gutachter diagnostizierten im Rahmen der Konsensbeurteilung was folgt (act. II 105.1/7 f. Ziff. 4.2):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.7)
2. Sensomotorisches Hemisyndrom rechts funktioneller Genese, Erstmanifestation September 2014
 - MRI-Schädel und Wirbelsäule ohne strukturelles Korrelat
 - klinische Zeichen einer funktionellen Symptomatik (u.a. positives Hoover-Zeichen, diskrepante Untersuchungsbefunde, Ablenkbarkeit)
3. Mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1), bestehend seit ca. Frühling 2016

Diagnosen mit (qualitativer) Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Impingementsyndrom Schulter links bei/mit
 - subtotaler Rotatorenmanschettenruptur Schulter links bei/mit lateralen Downsloping des Acromions und beginnender Sehnenretraktion Grad II (ICD-10 M75.4, M75.1)
2. Pangenarthrose links bei/mit medial betonter Verschmälerung des femorotibialen Gelenkspaltes sowie Osteophyten, sowohl femorotibial als auch retropatellär (ICD-10 M17.5)

3. Lumbalgie bei/mit geringer Retrolisthesis des LWK 5, geringe Facettengelenksarthrose beidseits zwischen LWK 5/SWK 1, ISG-Arthrose beidseits (ICD-10 M47.86)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Episodische Migräne ohne Aura
2. Vitamin-D-Mangel
3. Substituierte Hypothyreose
4. Eigen- und aktenanamnestisch Status nach Vigilanzminderungen unklarer Genese am 22. Februar 2012 und 1. November 2010

Die Gutachter folgerten, primär aufgrund der psychiatrischen Diagnosen, Einschränkungen und ungenügenden Ressourcen bestehe für eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt eine volle Arbeitsunfähigkeit (act. II 105.1/10 Ziff. 4.7), wogegen die orthopädischen Befunde nur zu nicht relevanten Einschränkungen des möglichen Belastungsprofils führten (act. II 105.1/11 Ziff. 4.9). Im geschützten Rahmen betrage die derzeitige Belastbarkeit ca. 50 %, wobei mit Unterbrechungen und teilweise Beendigung der Tätigkeit wegen Anpassungszuständen und Zunahme der dissoziativen Bewegungssymptome zu rechnen sei (act. 105.1/10 Ziff. 4.8).

3.2.2 In Nachachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung, wonach anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrahmens (mit einem Katalog von Standardindikatoren, welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" und "Konsistenz" einteilen lassen) zu prüfen ist, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1, 4.1.3, 4.3 und 4.4 S. 296 ff.), verneinte die Verwaltung in psychischer Hinsicht einen invalidisierenden Gesundheitsschaden bzw. eine Invalidität im Rechtssinne. Sie hob hervor, es sei keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden, weiter stelle das soziale Umfeld eine Ressource dar und schliesslich könne aufgrund der alltäglichen Aktivitäten und des strukturierten Tagesablaufs nicht von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ausgegangen werden. Deshalb könne der psychiatrischerseits attestierten Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht nicht gefolgt werden (act. II 122/2).

3.3 Was den medizinischen Sachverhalt seit der Verfügung vom 30. September 2020 (act. II 122) betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Anlässlich der Sprechstunde für funktionelle neurologische Störungen des Spitals D. _____ vom 1. April 2022 zeigte sich im Vergleich zur letzten Verlaufskontrolle im Dezember 2021 bei diagnostizierter funktioneller neurologischer Störung (ICD-10 F44.4 und F44.6; mit sensomotorischem Hemisyndrom rechts, intermittierender Tremorsymptomatik rechts und Gangstörung) und depressiver Episode erneut eine Akzentuierung der depressiven Stimmungslage sowie der neurofunktionellen Störung. Trotz von der Beschwerdeführerin abgelehnter neurologischer Untersuchung seien zahlreiche Positivzeichen im Gespräch zu beobachten gewesen. Der geplante stationäre psychosomatische Rehabilitationsaufenthalt (vgl. E. 3.3.2 nachfolgend) erscheine dringend indiziert. Die Beschwerdeführerin sei ermuntert worden, die intensive Psychotherapie regelmässig wahrzunehmen (Sprechstundenbericht vom 8. April 2022; act. II 134/7 f. = 142/12 f.).

3.3.2 Vom 25. April bis 28. Mai 2022 war die Beschwerdeführerin in der Klinik E. _____ in stationärer Behandlung. Als Hauptdiagnose wurden mittelgradige depressive Symptome und unter den Nebendiagnosen die funktionelle neurologische Störung sowie Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) genannt. Die Beschwerdeführerin sei emotional labil sowie hypersensibel gewesen, dies einhergehend mit Weinkrämpfen. Es hätte eine spürbare ängstliche Anspannung mit drei- bis viermal pro Woche auftretenden Panikattacken bestanden. Diesbezüglich sei im Verlaufe des Aufenthalts eine deutliche Abnahme zu beobachten gewesen (act. II 127/2 ff. = 134/4 ff.)

3.3.3 Eine Verlaufskontrolle bei arrhythmogener Kardiopathie durch Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, am 2. Dezember 2022 zeigte (wie vor einem Jahr) eine häufig vorhandene ventrikuläre Extrasystolie mit einer Häufigkeit von 11 %. Bei nach wie vor fehlenden Beschwerden und stabiler LVEF seien keine spezifischen Massnahmen zu empfehlen und es sei eine nächste kardiologische Kontrolle in zwei Jahren durchzuführen (act. II 145/8 f. = 145/8 f.).

3.3.4 Anlässlich der Abklärung betreffend Hilflosenentschädigung vom 2. Februar 2023 führte die Beschwerdeführerin aus, sie leide seit acht Jahren unter Zitteranfällen. Vorher sei sie eine sehr selbstständige Frau gewe-

sen und habe als ... gearbeitet. Nunmehr führe der pensionierte Ehemann den Haushalt (act. II 128/2 f. Ziff. 1). Die Abklärungsfachperson kam zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in keiner der sechs alltäglichen Lebensverrichtungen auf regelmässige und erhebliche Hilfe angewiesen sei und keiner dauernden persönlichen Überwachung bedürfe. Die Anspruchsvoraussetzungen für eine Hilflosenentschädigung als solche wie auch in Form einer lebenspraktischen Begleitung seien nicht erfüllt (act. II 128/9 f. Ziff. 8).

3.3.5 Die die Beschwerdeführerin vor- und nachbetreuenden Dr. med. und lic. phil. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachpsychologin, und lic. phil. H._____, Fachpsychologin, folgerten im Bericht vom 30. Mai 2023, aufgrund familiärer Belastungen und Todesfälle seien bei der Beschwerdeführerin traumatische Kriegserfahrungen aktiviert worden, wodurch sich ihr Gesundheitszustand seit dem letzten Leistungsgesuch 2017 deutlich verschlechtert habe. Sie leide seither an Intrusionen, welche sie vor Angst und Schrecken erstarren liessen. Die Bilder vom Krieg holten sie jetzt ein. Sie habe keine Kraft mehr, möchte nicht mehr leben und sehe keine Zukunft mehr. Aufgrund dieser Verschlechterung des Zustands sei im Juni 2022 (recte: April bis Mai 2022; vgl. E. 3.3.2 hiervor) eine stationäre Behandlung in der Klinik E._____ notwendig gewesen. Dort sei der Beschwerdeführerin bewusst geworden, dass es einen Zusammenhang ihrer körperlichen Beschwerden (funktionelle neurologische Störungen) mit den traumatischen Kriegserlebnissen gäbe. Nebst der funktionellen neurologischen Störung (ICD-10 F44.4 und F44.6) und der (schweren) depressiven Episode (ICD-10 F32.2) sei auch eine PTBS (ICD-10 F43.1) zu diagnostizieren (act. II 134/2 f.).

3.3.6 Der RAD-Arzt Dr. med. I._____, Praktischer Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zeigte im Bericht vom 5. Juli 2023 auf, dass bereits im psychiatrischen Teilgutachten 2019 verschiedene traumatische Erfahrungen der Beschwerdeführerin wiedergegeben worden seien, nachdem bei ihr zuvor vermehrt Erinnerungen aufgekommen seien (vgl. act. II 105.3/3 ff. Ziff. 3.2). Während der gesamten Untersuchung sei ein Zittern aufgefallen und im Verlauf der Untersuchung sei aufgrund einer Gangunsicherheit ein Rollstuhl organisiert worden. Im psychiatrischen Be-

fund sei darauf hingewiesen worden, dass die Beschwerdeführerin auf ihre Beschwerden und in der Folge auf ihre biographischen Belastungen eingengt gewesen sei (vgl. act. II 105.3/6 Ziff. 4.1). Sie habe über Bilder von früheren Zeiten berichtet, welche jedoch gutachterlich nicht, zumindest nicht explizit als Intrusionen gewertet worden seien. Weiter habe sie über verschiedene dissoziative Phänomene und über Gedanken des Lebensüberdrusses berichtet. Es sei zwar nicht die Diagnose einer PTBS gestellt worden, jedoch sei darauf hingewiesen worden, dass die Beschwerdeführerin bei der Erhebung der Biografie Widerstände gezeigt habe, welche im Rahmen der traumatischen Ereignisse zu werten gewesen seien. Die traumatischen Ereignisse seien als Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung der psychischen Störung gewertet und es sei als denkbar erachtet worden, dass die Dissoziationsneigung psychodynamisch damit in Zusammenhang stehe (vgl. act. II 105.3/8 ff. Ziff. 7.1). Neuerdings seien zwar erstmals explizit Intrusionen beschrieben und die Diagnose einer PTBS gestellt worden (vgl. E. 3.3.5 hiervor), doch sei infolgedessen keine relevante Änderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Gutachten auszumachen, zumal nicht davon auszugehen sei, dass die Intrusionen eine zusätzliche Auswirkung auf die funktionellen Beeinträchtigungen hätten. Zudem seien die Kriterien für eine schwere depressive Episode (vgl. ebenfalls E. 3.3.5 hiervor) gemäss ICD-10 nicht ausreichend auszumachen (act. II 137/2 f.).

3.3.7 Der die Beschwerdeführerin seit dem 30. Mai 2022 betreuende J. _____, dipl. Pflegefachmann HF, stellte im undatierten, erstmals am 6. September 2023 eingereichten Bericht Verschlechterungen bezüglich Tremors, Schmerzen, Depression, Gangbild und Selbstständigkeit während des ersten Jahres seiner Betreuungstätigkeit fest (act. II 142/14 = 158/2 = 159/21 = Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3).

3.3.8 Gemäss Bericht der Sprechstunde für funktionelle neurologische Störungen des Spitals D. _____ vom 4. August 2023 erfolgte die letzte Sprechstunde im April 2022 (vgl. E. 3.3.1) und nunmehr wünschte die Hausärztin eine Nachkontrolle, da nach der stationären Rehabilitation in E. _____ (vgl. E. 3.3.2 hiervor) alles wieder schlechter geworden sei, ohne dass die Beschwerdeführerin einen genauen Zeitpunkt angeben könne. Auf Wunsch der Beschwerdeführerin sei nur eine fokussierte Untersu-

chung möglich gewesen. Bei im Wesentlichen unveränderten Diagnosen bestehe weiterhin ein fluktuierender Verlauf der neurologischen Störung; aktuell stehe eine deutlich depressive Stimmung im Vordergrund. In der klinischen Untersuchung hätten sich zu den bereits bekannten Positivzeichen der rechten Körperseite auch ein positives Hoover-Zeichen der linken unteren Extremität bei insgesamt sakkadierter Kraftentfaltung gezeigt. Funktionelle neurologische Störungen könnten sich häufig in Intensität, Lokalisation und Charakter fluktuierend zeigen und präsentierten sich entsprechend mannigfaltig. Dabei dürfte auch die starke depressive Episode einen negativen Einfluss auf die funktionelle Symptomatik haben. Bei hohem Leidensdruck sei die Möglichkeit eines stationären psychiatrischen Aufenthalts in Betracht zu ziehen (act. II 142/9 ff.).

3.3.9 Die Behandler auf psychiatrischem bzw. psychotherapeutischem Fachgebiet präzisierten im Bericht vom 31. August 2023 ihre bisherigen Ausführungen (vgl. E. 3.3.5) wie folgt: Es komme unvorhergesehen zu einer totalen Kraftlosigkeit oder einem starken Tremor, sodass die Beschwerdeführerin hin falle oder Dinge fallen lasse. Die Gangstörung habe stark zugenommen; es komme immer wieder zu Stürzen. Sie habe starke Kopfschmerzen und die Schmerzen im ganzen Körper seien chronisch geworden. Mittlerweile benötige sie Hilfe bei der Körperpflege, dem Anziehen und bei der Bewältigung des Alltags, so auch beim Kochen. Durch die Verluste ihrer Fähigkeiten habe sie keinen Selbstwert mehr und die Schwere der Depression, die Verzweiflung und die Hoffnungslosigkeit hätten zugenommen; sie sehe keinen Sinn mehr im Leben. Seit ca. einem Jahr sei auch die Beziehung zu ihrem Mann sehr schwierig geworden (act. II 142/6 ff. = act. I 7/2 ff.).

3.3.10 Auch die Hausärztin Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 31. August 2023 neu eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) und eine PTBS (ICD-10 F43.1) und wies auf eine damit einhergehende Verschlechterung der neurologischen Symptome hin. Die Beschwerdeführerin sei dadurch zunehmend auf Hilfe im Alltag angewiesen. Seit 2022 sei zudem eine ventrikuläre Extrasystolie bekannt (vgl. E. 3.3.3 hiervoor), die regelmässig kardiologisch kontrolliert werden müsse (act. II 142/4 f. = 145/6 f. = 146/4 f.).

3.3.11 Auch nach Würdigung der seit seiner letzten Stellungnahme vom 5. Juli 2023 (vgl. E. 3.3.6 hiervor) eingegangenen Berichte (vgl. E. 3.3.7 ff. hiervor) verneinte der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ am 7. November 2023 eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 30. September 2020 (act. II 122) und ergänzte was folgt: Schon die MEDAS-Gutachter hätten auf eine "komplexe Gesundheitsproblematik" und auf die persistierende, fluktuierende und belastungsabhängige Symptomatik hingewiesen. Im Rahmen der Herleitung und Begründung der Diagnosen seien als wesentliche Auslösungsmomente für die Entwicklung der dissoziativen Störung wiederholte dramatische Gefährdungsmomente durch Angriffe militärischer Art sowie Diskriminierungen sexueller und gewalttätiger Art bzw. auch Verluste in ihrem unmittelbaren Umfeld erwähnt worden (vgl. act. II 105.1/5 ff. Ziff. 4.1). Auch sei schon im Gutachten darauf hingewiesen worden, dass die Ressourcen der Beschwerdeführerin nunmehr durch die Chronifizierung und Invalidisierung im Zuge der dissoziativen Störung deutlich reduziert seien (vgl. act. II 105.1/8 Ziff. 4.3) und dass in Anbetracht des zwischenzeitlichen Krankheitsverlaufs mit mehrjähriger Persistenz der funktionellen Symptomatik und vollständiger Therapieresistenz zumindest die Prognose bezüglich einer kurzfristigen Besserung als ungünstig erachtet werde (act. II 105.1/12 Ziff. 4.11.2). Die in den neu eingereichten Berichten genannten Diagnosen, Beschwerden, Symptome und deren fluktuierende Manifestation seien zum Zeitpunkt der Begutachtung bekannt gewesen, ebenso Sturzereignisse. Auch seien weiterhin die Kriterien für eine schwere depressive Episode gemäss ICD-10 nicht ausreichend auszumachen. Schliesslich sei anhand des fachärztlich-kardiologischen Berichts vom 2. Dezember 2022 (vgl. E. 3.3.3 hiervor) und der darin beschriebenen Befunde nicht nachvollziehbar, warum die ventrikuläre Extrasystolie von der Hausärztin geltend gemacht werde (vgl. E. 3.3.10 hiervor), zumal auch in diesem Zusammenhang keine neuen Befunde beschrieben würden (act. II 146/3 ff.).

Zum gleichen Ergebnis kam die RAD-somatische Beurteilung durch Dr. med. L. _____, Praktischer Arzt, vom 24. Januar 2024. Zwar müsse die von kardiologischer Seite bekannte ventrikuläre Extrasystolie immer

wieder kontrolliert werden, doch seien hierdurch keine Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit vorhanden (act. II 152/4 f.).

3.4 Nach der Rechtsprechung genügt weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens per se, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des BGer 8C_316/2024 vom 12. März 2025 E. 2.3.2). Zwar sind an einen Bericht behandelnder Ärzte zur Glaubhaftmachung einer Sachverhaltsveränderung keine strengen Anforderungen zu stellen. Gleichwohl ist auch von einem solchen Bericht zu verlangen, dass er nachvollziehbar aufzeigt, aufgrund welcher Befunde die behandelnden Fachpersonen von einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgehen (Urteil des BGer 8C_238/2023 vom 22. November 2023 E. 5.2).

3.5 In somatischer Hinsicht ist im Vergleich zur Referenzverfügung vom 30. September 2020 (vgl. E. 3.1 hiervor) eine wesentliche Änderung nicht ansatzweise glaubhaft gemacht.

3.5.1 Zwar benennt die Hausärztin eine ventrikuläre Extrasystolie (act. II 142/5), welche bei einer Verlaufskontrolle bei arrhythmogener Kardiopathie am 2. Dezember 2022 (wie schon bei einer Kontrolle ein Jahr früher) dokumentiert worden war. Indessen befand der behandelnde Kardiologe – bei nach wie vor fehlenden Beschwerden und stabiler LVEF – keine Massnahmen (ausser einer nunmehr erst in zwei Jahren und nicht mehr jährlich durchzuführenden Kontrolluntersuchung) für notwendig (act. II 145/8 f.). Folgerichtig verneinte der RAD-Arzt Dr. med. L. _____ diesbezüglich eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (act. II 152/5).

3.5.2 Auf neurologischem Fachgebiet gingen schon die MEDAS-Gutachter 2019 von einem funktionellen sensomotorischen Hemisyndrom im Sinne einer dissoziativen Bewegungsstörung aus, wobei sie die psychiatrische Beurteilung, gemäss welcher damals die Diagnosen einer dissoziativen Bewegungsstörung und einer mittelgradig depressiven Episode gestellt werden konnten, als führend bezeichneten (act. II 105.1/6 f. Ziff. 4.1). Neurologisch konnten keine Einschränkungen organisch begründet werden, da

keine fassbare neurologische Erkrankung i.e.S. vorliegt; die funktionellen Symptome hätten jedoch zusammen mit der psychiatrischen Beurteilung einen hohen Krankheitswert (act. II 105.1/9 Ziff. 4.3). Übereinstimmend dazu bezeichneten auch die aktuell behandelnden Ärzte die (mittelgradige) depressive Symptomatik als Hauptdiagnose bzw. die deutlich depressive Stimmung als im Vordergrund stehend und die funktionelle neurologische Störung als Nebendiagnose (act. II 127/1, 142/10). Damit einhergehende Zustandsverschlechterungen sind deshalb nachfolgend im psychiatrischen Kontext (vgl. E. 3.6 nachfolgend) zu würdigen.

3.6

3.6.1 Auch wenn die behandelnden Ärzte eine Akzentuierung der neurofunktionellen Störung bzw. eine Verschlechterung der neurologischen Symptome attestierten (act. II 134/8, 142/5), gingen sie gleichwohl "weiterhin" von einem fluktuierenden Verlauf der neurologischen Störung aus und ergänzten, funktionelle neurologische Störungen könnten sich häufig in Intensität, Lokalisation und Charakter fluktuierend zeigen und sich entsprechend mannigfaltig präsentieren (act. II 142/10). Schon die MEDAS-Gutachter wiesen im Jahr 2019 auf eine "komplexe gesundheitliche Problematik" und auf eine persistierende, fluktuierende und belastungsabhängige Symptomatik hin, wobei schon damals bizarr anmutende Bewegungen beschrieben worden sind (act. II 105.1/5 f. Ziff. 4.1). Illustriert werden die geltend gemachten Verschlechterungen mit dem Auftreten unvorhergesehener Kraftlosigkeit oder eines starken Tremors, sodass die Beschwerdeführerin hinfalle oder Dinge fallen lasse, mit einer starken Zunahme der Gangstörung und Stürzen; mittlerweile benötige sie Hilfe bei der Körperpflege, dem Anziehen und bei der Bewältigung des Alltags, so auch beim Kochen (act. II 142/7). Fast identisch äusserte sie sich jedoch schon im Jahr 2019 anlässlich der neurologischen MEDAS-Begutachtung, indem sie ausführte, die rechte Hand und das rechte Bein seien schwächer, sodass die nur mit Mühe laufen könne. Sie habe einen Stock zu Hause. Gestürzt sei sie schon mehrmals; sie habe plötzlich auf einer Treppe die Kraft im rechten Bein verloren. Andererseits sei auch die Koordination rechtsseitig schlecht, vor allem mit dem rechten Arm, habe sie doch schon Getränke in einer Tasse verschüttet (act. II 105.5/2 Ziff. 3.2). Demgemäss ist nicht von

einer Verschlechterung, sondern – in Einklang mit den MEDAS-Gutachtern – von einer Chronifizierung im Zuge der dissoziativen Störung (act. II 105.1/8 Ziff. 4.3) bzw. einer mehrjährigen Persistenz der funktionellen Symptomatik und einer vollständigen Therapieresistenz (act. II 105.1/12 Ziff. 4.11.2) auszugehen. Soweit beschwerdeweise und in den eingereichten Berichten zudem auf die Angewiesenheit der Beschwerdeführerin auf Dritthilfe zur Bewältigung des Alltags und Erledigung des Haushalts verwiesen wird, vermag das nicht zu überzeugen. Anlässlich der Abklärung des Anspruchs auf Hilflosenentschädigung im Jahr 2023 wurde ein Angewiesensein auf regelmässige und erhebliche Dritthilfe in keiner der sechs alltäglichen Lebensverrichtungen bejaht und folglich ein Anspruch auf Hilflosenentschädigung verneint (act. II 128/9 f. Ziff. 8); die entsprechende Verfügung blieb unangefochten.

3.6.2 Wie im MEDAS-Gutachten (act. II 105.1/7 Ziff. 4.1) wurde auch anlässlich des stationären Aufenthalts vom 25. April bis 28. Mai 2022 in der Klinik E._____, Zentrum für medizinische und neurologische Rehabilitation, – trotz behandlerseits geltend gemachter Akzentuierung der depressiven Stimmungslage (act. 134/8) – weiterhin von einer mittelgradigen depressiven Symptomatik ausgegangen (act. II 127/2), wobei die Beschwerdeführerin in gebessertem Zustand entlassen werden konnte (act II 127/4). Eine solche Besserung trat auch anlässlich einer weiteren Hospitalisation vom 11. Oktober bis 7. November 2023 ein (act. I 8). Die dabei erhobenen Befunde (emotionale Labilität mit Überempfindlichkeit und Weinkrämpfen, spürbare ängstliche Anspannung mit Panikattacken, normaler Schlaf, verminderter Appetit, keine Suizidgedanken [act. II 127/3]; ruhige und kooperative Patientin mit gutem Erscheinungsbild und guter Hygiene, traurige Stimmung, kongruente Affekte, ängstliche Haltung, emotionale Labilität, keine psychotischen Symptome oder Selbstmordgedanken, örtliche, zeitliche und situative Orientierung, keine Verständnisdefizite bzw. Dysarthrie, erhaltener Appetit und Schlaf [act. I 8/2 f.]) lassen in Anwendung der ICD-10-Kriterien nicht auf eine schwere depressive Episode schliessen, wie der RAD-Arzt Dr. med. I._____ zutreffend schlussfolgert (act. II 137/3, 146/6; vgl. insbes. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 174).

3.6.3 Neuerdings ist behandlerseits zudem eine PTBS diagnostiziert worden (act. II 127/2, 134/2 f., 142/6 ff., 142/4). Die dieser Diagnose zugrundeliegenden Befunde waren indessen schon den MEDAS-Gutachtern hinlänglich bekannt: Zwar sei die Beschwerdeführerin bei der Erhebung der Biografie sehr angespannt gewesen und habe bezüglich Kindheit und Jugend nur vage Zeitangaben machen können, doch könne gefolgert werden, dass sie bereits in der frühen Kindheit wiederholt Bombardements ihres Heimatdorfes miterlebt habe, sodass sie in der Folge habe wegziehen müssen. 1982 sei es zu einer erneuten Bombardierung des Dorfes gekommen, bei der auch ihr Haus zerstört worden sei. Anlässlich ihrer Ausbildung sei es wiederholt zu Übergriffen auf ... durch ... gekommen, unter anderem seien drei ... Studienkolleginnen tot am Stand aufgefunden worden. Daraufhin hätte sie mit sämtlichen ... Studentinnen die Ausbildung abgebrochen und sei zu ihren Eltern zurückgekehrt. Diese hätten aufgrund der unsicheren Lage veranlasst, dass sie sich gegen ihren Willen nach ... begeben solle. Dort sei sie stets in Sorge um ihre Eltern gewesen. 1987 sei sie dann nach ... geflüchtet und in der Folge 1991 in die Schweiz eingewandert. Sie sei weiterhin stets in Sorge um ihre Eltern gewesen, sei es doch wiederholt zu Bombardierungen und Wegzug der Familie gekommen. Erst zu einem späteren Zeitpunkt habe sie erfahren, dass eine Nichte bei einer Bombardierung ums Leben gekommen sei. Schliesslich sei der Tod der Mutter während eines erneuten Bombardements einschneidend gewesen. Erinnerungen daran und damit verbunden Schuldgefühl und Verzweiflung würden vor allem in Situationen aufkommen, in denen sie sich einsam und sich im Stich gelassen fühle (act. II 105/3 ff. Ziff. 3.2). Der psychiatrische Gutachter hielt dann fest, die Beschwerdeführerin habe deutliche Widerstände gezeigt, die im Rahmen der traumatischen Ereignisse zu werten seien. Die wiederholten dramatischen Gefährdungsmomente durch Angriffe militärischer Art sowie Diskriminierungen sexueller und gewalttätiger Art in ihrem unmittelbaren Umfeld bzw. auch die Verluste stellten einen signifikanten Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung der psychischen Störung dar. Es sei denkbar, dass die Dissoziationsneigung psychodynamisch damit in Zusammenhang stehe (act. II 105.3/8 f. Ziff. 7.1).

Bezugnehmend auf diese Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten folgerte der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ zu Recht, diese Bilder von

früheren Zeiten seien gutachterlich nicht explizit als Intrusionen gewertet worden und es sei auch nicht die Diagnose einer PTBS gestellt worden. Selbst wenn nunmehr explizit Intrusionen beschrieben und die Diagnose einer PTBS gestellt worden sei, sei keine relevante Änderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Gutachten auszumachen, zumal nicht davon auszugehen sei, dass die Intrusionen eine zusätzliche Auswirkung auf die funktionellen Beeinträchtigungen hätten (act. II 137/2 f.). Gegen die Diagnose einer PTBS spricht sodann, dass die Störung dem Trauma mit einer Wochen bis Monate (doch selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma) dauernden Latenz folgt und nur bei wenigen Patienten über viele Jahre einen chronischen Verlauf einnimmt bzw. dann in eine dauernde Persönlichkeitsänderung übergeht (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 208).

3.7 Zusammenfassend vermag die Beschwerdeführerin eine wesentliche Änderung ihres Gesundheitszustands nicht glaubhaft zu machen. Auffällig ist in diesem Zusammenhang denn auch, dass sie im Hinblick auf und im Nachgang zur Neuanschuldung die fachärztlichen Behandlungen intensiviert. In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht denn auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 78, 8C_616/2014 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4). Soweit deren Berichte erst im kantonalen Gerichtsverfahren – vorliegend am 17. April 2024 – eingereicht wurden (namentlich act. I 5 ff.), sind sie ohnehin nicht in die Überprüfung miteinzubeziehen (vgl. E. 2.1.2 hiervor). In der Folge war die Beschwerdegegnerin mangels rechtsgenügender Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung gehalten, das Neuanschuldungsgesuch ohne weitere Abklärungen (und damit entgegen dem Subeventualantrag Ziff. 5 in der Beschwerde) durch Nichteintreten zu erledigen (vgl. E. 2.2 hiervor).

3.8 Abschliessend rechtfertigt sich noch der Hinweis, dass das Neuanmeldungsverfahren auch nicht dazu dient, Fehler oder Unterlassungen der versicherten Person im vorangegangenen Verfahren zu korrigieren (Urteil des BGer 8C_567/2020 vom 9. Dezember 2020 E. 4.2). Die entsprechende Kritik an der Verfügung vom 30. September 2020 (act. II 122) geht somit gänzlich fehl. Dies gilt umso mehr, als sich eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren lässt. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49; SVR 2024 IV Nr. 30 S. 102, 8C_492/2023 E. 5.1).

3.9 Aufgrund des Dargelegten genügen selbst unter Berücksichtigung des reduzierten Beweisgrades die im Neuanmeldungsverfahren ins Recht gelegten Berichte in der Gesamtschau den Anforderungen von Art. 87 Abs. 2 IVV nicht. Es handelt sich um eine andere Beurteilung des im Wesentlichen gleichen Sachverhalts. Die angefochtene Verfügung vom 29. Januar 2024 (act. II 154) erweist sich somit als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

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 sind auf Fr. 500.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege (E. 4.3 nachfolgend) – der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

4.3 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61, 9C_432/2010 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 21, 8C_22/2010 E. 6.1).

4.3.1 Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA] 2 ff.). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverteidigung ist zu bejahen. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Advokat B._____ als amtlicher Anwalt ist demnach gutzuheissen. Somit ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien. Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Advokat B._____.

4.3.2 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die

Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Prozessführung sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der kantonalen Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

4.3.3 Mit Kostennote vom 24. April 2025 macht Advokat B._____ einen Aufwand von 8 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen für Kopien von Fr. 6.-- (3 Stück à Fr. 2.--) und für Porto von Fr. 5.80 sowie Mehrwertsteuer (MWST) von Fr. 162.95 (8.1 %), total Fr. 2'174.75 geltend, was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist, weshalb der tarifmässige Parteikostenersatz auf Fr. 2'174.75 (inkl. Auslagen und MWST) festzulegen ist. Bei der Ermittlung des amtlichen Honorars und der Aufwendungen erweisen sich die Kosten für die Kopien von Fr. 2.-- pro Stück allerdings als zu hoch; diese sind auf Fr. 0.40 pro Stück zu kürzen (vgl. Kreisschreiben Nr. 15 des Obergerichts, Ziff. 3.4 Bst. b; [[kreisschreiben-nr.15-amtlich-bestellte-anwaelte.pdf](#)]), was Fr. 1.20 (3 x 0.40) ergibt. Damit ist das amtliche Honorar auf Fr. 1'600.--, Kopien von Fr. 1.20 und Porto von Fr. 5.80 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 130.15 (8.1 % auf Fr. 1'607.--), total Fr. 1'737.15 festzusetzen und nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

Demnach entscheidet die Einzelrichterin:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Advokat B._____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nach-

zahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'174.75 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Advokat B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'737.15 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - Advokat B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 24. April 2025)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Die Einzelrichterin:

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.