

200 24 7 IV  
FRC/BRO/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil der Einzelrichterin vom 26. Juli 2024**

Verwaltungsrichterin Frey  
Gerichtsschreiberin Brunner

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. November 2023



## Sachverhalt:

### A.

Die 1993 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), ... EFZ, meldete sich erstmals im Sommer 2019 unter Hinweis auf einen Erschöpfungszustand nach einer Infektion mit dem Epstein-Barr-Virus (EBV) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 2). In der Folge nahm die IVB erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor. Insbesondere holte sie ein polydisziplinäres Gutachten bei der C. \_\_\_\_\_ (MEDAS; Gutachten vom 2. Dezember 2019 [act. II 39.1 ff.]) ein. Mit Vorbescheid vom 5. Februar 2020 (act. II 52) stellte die IVB der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 0 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Nachdem der damalige Rechtsvertreter den hiergegen erhobenen Einwand (act. II 53) nach Akteneinsicht (act. II 54) zurückgezogen hatte (act. II 58), verfügte die IVB am 22. April 2020 (act. II 59) wie angekündigt. Diese Verfügung blieb unangefochten. Sodann wurde ein im März 2021 gestelltes Gesuch um Kostengutsprache für einen Elektrorollstuhl (act. II 66) mit Verfügung vom 20. Oktober 2021 (act. II 82) ebenfalls abgewiesen.

Im Juni 2023 (act. II 91) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an, wobei sie einen Bericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2022 (act. II 94 S. 4 ff.) einreichte. In der Folge legte die IVB die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vor (act. II 97 f.). Gestützt darauf stellte die IVB mit Vorbescheid vom 24. Juli 2023 (act. II 99) das Nichteintreten auf das neuerliche Leistungsgesuch in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 102, 104) unter Beilage eines Berichtes der behandelnden Psychologin sowie einer Stellungnahme der Klinik D. \_\_\_\_\_ holte die IVB eine neuerliche Stellungnahme des RAD ein (act. II 107, 109) und trat mit Verfügung vom 15. November 2023 (act. II 110) mangels einer glaubhaft gemachten Veränderung des Gesundheitszustandes auf das Leistungsbegehren nicht ein.

## **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 3. Januar 2024 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. November 2023 sei aufzuheben, es sei auf das Gesuch vom 19. Juni 2023 einzutreten und es sei der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Versicherungsleistungen, namentlich eine ganze IV-Rente zuzusprechen.

Eventualiter: Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. November 2023 sei aufzuheben, es sei auf das Gesuch vom 19. Juni 2023 einzutreten und die Akten seien zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Mit Beschwerdeantwort vom 25. Januar 2024 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 15. November 2023 (act. II 110). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom 19. Juni 2023 (act. II 91) zu Recht nicht eingetreten ist. Soweit die Beschwerdeführerin die Zusprache von Versicherungsleistungen beantragt (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren und S. 9 Art. 10), beschlägt dies nicht den Anfechtungs- und Streitgegenstand, weshalb darauf nicht einzutreten ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 7. November 2019, 9C\_309/2019, 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 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Insbesondere sei die Beschwerdegegnerin nicht weiter auf die Vorbringen des verschlechterten Gesundheitszustandes eingegangen und habe die entsprechenden Arztberichte ausser Acht gelassen (Beschwerde S. 6 Art. 7 Ziff. 7).

**2.1** Die Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht

anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2022 IV Nr. 37 S. 122 E. 5.1).

**2.2** Die Rüge, die Beschwerdegegnerin habe ihre Begründungspflicht verletzt (Beschwerde S. 6 Art. 7 Ziff. 7), verfährt nicht. Sie musste sich nicht mit jeder tatbeständlichen Behauptung in den Einwänden auseinandersetzen, sondern durfte sich auf die für die Verfügung wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (vgl. E. 2.1 hiavor). Sie holte nach Erhalt des Einwandes (act. II 102, 104) eine Stellungnahme des RAD (act. II 109; vgl. auch act. II 107) ein, in welcher dieser – mit Blick auf das rechtliche Gehör – hinlänglich und beziehend auf die Argumente der Beschwerdeführerin respektive der behandelnden Ärzte darlegte, weshalb keine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht worden sei. Indem die Beschwerdegegnerin auf diese verwies, respektive sie zum integrierten Bestandteil der Verfügung erklärte, kam sie ihrer Begründungspflicht hinlänglich nach. Im Übrigen war es der Beschwerdeführerin denn auch ohne weiteres möglich, gestützt auf die Ausführungen in der Verfügung und die zugestellten amtlichen Akten eine ausführlich begründete Beschwerde einzureichen (vgl. hierzu auch BGE 142 III 433 E. 4.3.2 S. 436).

### **3.**

**3.1** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 3). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, ver-

weigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch (oder dessen 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; in BGE 149 V 177 nicht publizierte E. 3.6.2 des Entscheides vom 26. Juni 2023, 8C\_661/2022; SVR 2022 IV Nr. 35 S. 115 E. 5.1).

**3.2** 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).

**3.3** 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).

**3.4** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit

demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112, 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

**3.5** 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 (BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 183; SVR 2022 IV Nr. 35 S. 114 E. 2.2, 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

#### **4.**

**4.1** Vorliegend ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin eine seit der Verfügung vom 22. April 2020 (act. II 59) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. November 2023 (act. II 110) eingetretene wesentliche Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen glaubhaft gemacht hat (vgl. E. 3.1 ff. hiavor).

**4.2** Beim Erlass der Verfügung vom 22. April 2020 (act. II 59) stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 2. Dezember 2019 (act. II 39.1 ff.).

Nach fachärztlichen Untersuchungen in den Bereichen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie, Endokrinologie und Neuropsychologie stellten die Experten im Rahmen der Konsensbeurteilung folgende Diagnosen (act. II 39.1 S. 7 Ziff. 4.2):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)
  - generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)

- Chronisches Fatigue-Syndrom (ICD-10 G93.3)
  - leichte neuropsychologische Funktionsstörung
2. Hypermobilität (ICD-10 M35.7)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Morbus Basedow, ED 02/2019
  - aktuell euthyreot unter Propycil
  - fragliche milde endokrine Orbitopathie
2. Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1)
  - St. n. mehrfachen HWS-Distorsionen
  - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik
  - kernspintomographisch unauffälliger Befund (MRI 04/15)
3. Chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
  - myostatische Insuffizienz
  - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik
4. Obstruktives Schlafapnoesyndrom gemäss Unterlagen (ICD-10 G47.3)
5. Nikotinabusus (ICD-10 F17.1)
  - seit 2018 E-Zigaretten
6. St. n. EBV-Infektion 2009

In Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit führten sie sodann aus, aus psychiatrischer Sicht beeinflusse die Somatisierungsstörung die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der psychiatrischen Einschränkungen bestehe eine um 20 % verminderte Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Erwerbstätigkeiten. Auch aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit um 20 % vermindert, dies aufgrund des chronischen Fatigue-Syndroms. Weiter schränke die Hypermobilität die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht qualitativ ein. In der angestammten Tätigkeit in der ... sei die Arbeitsfähigkeit jedoch aus rheumatologischer Sicht nicht relevant eingeschränkt. Die endokrinologische Diagnose eines Morbus Basedow und die übrigen allgemeininternistischen Diagnosen schränken die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht relevant ein. Dabei würden sich die psychiatrischen und die neurologischen Einschränkungen ergänzen und könnten nicht addiert werden, da die Beschwerdeführerin dieselben Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung nutzen könne. Sodann entsprächen die neurologischen und psychiatrischen Einschränkungen der gleichen Symptomatologie und Entität. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsrespektive Leistungsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen körperlich leicht bis mittelschwer belastenden Tätigkeit festgestellt werden. Dabei könne die Beschwerdeführerin acht Stunden pro Tag anwesend sein, wobei sich die leicht verminderte Leistungsfähigkeit aus dem vermehrten Pausenbedarf ergebe. Körperlich regelmässig schwer

belastende Tätigkeiten seien für die Beschwerdeführerin nicht geeignet. Diese Einschätzung könne seit Januar 2019 angenommen werden, wobei sich für die Zeit davor keine relevante höhergradige Arbeitsunfähigkeit retrospektiv zuordnen lasse (S. 8 f. Ziff. 4.3 und Ziff. 4.6 ff.).

**4.3** Was den medizinischen Sachverhalt seit der Verfügung vom 22. April 2020 (act. II 59) betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**4.3.1** Im ärztlichen Zeugnis vom 15. Januar 2021 (act. II 88) attestierte der Hausarzt der Beschwerdeführerin Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Zeit vom 15. Oktober 2019 bis 31. Januar 2021.

**4.3.2** Die Beschwerdeführerin war vom 16. bis 19. Juni 2021 im Spital F. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Kurz-Austrittsbericht vom 18. Juni 2021 (act. II 78 S. 2 f.) wurden folgende Diagnosen genannt:

1. Chronisches Fatigue-Syndrom ED 2019
2. Generalisierte muskuloskeletale Schmerzen und subjektive Faszikulationen wechselnder Lokalisation
  - St. n. muskuloskelettalen Dysbalancen v.a. im Hüft- und Beckenbereich
  - St. n. muskuloskelettaler Lumbago
  - St. n. mehrmaligen Schleudertraumata der HWS mit nachfolgenden chronifizierenden muskuloskelettalen Dysbalancen und Schmerzen
  - 2016 Neuropathische Schmerzen mit Trigeminusneuralgie und neuropathischen Schmerzen Hand und Fuss rechts, im Verlauf Bein rechts unklarer Ätiologie
3. M. Basedow ED02/2019
  - TRAK positiv 02/2019, nicht erhöht 02/2021
  - klinisch Tremor, Palpitationen
4. Obstruktives Schnarchen ED 2016
  - Klinik: Tagesmüdigkeit und Rhonchopathie sowie Restless Legs Symptome
  - Epworth Sleepiness Scale: 9
  - 22.02.16 Polysomnografie (Interlaken): Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI 4.6/h), häufig Luftflusslimitationen, lautes Schnarchen mit teilweise Arousals, Nadir-Sättigung 91 %, Desaturationsindex 0.5/h, keine Häufung periodischer Beinbewegungen, Schnarch-Arousals
  - 23.02.16 Osler Test: keine Vigilanzstörung oder abnorme Schläfrigkeit
  - 23.02.16 MSLT: kein SOREM, leichte Schläfrigkeit (mittlere Einschlaf latenz 10.3 min)
  - 29.03.16 CPAP-Einleitung, ab 13.04.16 Befeuchter

- 23.05.18 Röntgen Thorax: Keine Hinweise auf intrapulmonale Rundherde, keine miliaren Aspekte, kein Hinweis auf mediastinale Lymphadenopathie. Keine konfluierenden Infiltrate. Kein Pleuraerguss
- gute Compliance und Effizienz, wieder vermehrt Müdigkeit und Schläfrigkeit
- 5. Rezidivierende depressive Störung, teils remittiert
  - Verdacht auf komplexe Traumafolgestörung nach Gewalt und Deprivationserfahrung mit vordergründig veränderter Stresstoleranz und veränderter Selbstregulationsfähigkeit (hochfunktionaler Typus)
- 6. Weitere Diagnosen:
  - Normochrome, normozytäre Anämie
  - Hyperprolaktinämie, ED 06/2020
    - DD stressbedingt, DD bei Einnahme von Metoclopramid
    - Klinisch unregelmässiger Zyklus (ca. alle 42 Tage) mit Mastodynie und subjektiv festgestelltem Grössenwachstum der Brüste. Keine Galaktorrhoe
    - Prolaktin 202 ug/l 30.06.2020, übrige Hypophysenhachsen Intakt
    - MRI-Sella 15.07.2020: Kein Hinweis auf ein Hypophysenadenom
    - Prolaktin 54 ug/l 18.06.2021
  - St. n. vaginaler Zystenentfernung 2016
  - Zyste in Mamma rechts
  - Vitamin D-Mangel
  - St. n. EBV Infektion 2009 mit Leber- und Milzbeteiligung
  - Bienengiftallergie (Atemnot und Urtikaria), St. n. Desensibilisierung
  - Wyburn Mason Syndrom linkes Auge
  - St. n. Refluxerkrankung mit Gastritis ED 2011
    - 2011 Gastroskopie: Anamnestic Inkompetenter Pylorus mit Gallereflux, Refluxösophagitis
    - 14.07.14 Gastroskopie: Unauffällige Oesophago-Gastro-Duodenoskopie, negativer H. pylori Schnelltest

**4.3.3** Im Sprechstundenbericht vom 1. Oktober 2022 (act. II 94 S. 4 ff.) stellten die Ärzte der Klinik D. \_\_\_\_\_ – soweit vorliegend entscheidungswesentlich – die Diagnose einer myalgischen Enzephalomyelitis bzw. eines chronischen Fatigue-Syndroms (S. 5 ff.). Ausserdem hielten die Ärzte der Klinik fest, seit Januar 2020 sei keine Arbeit mehr möglich (S. 9). Selbst bei Tätigkeiten mit geringer körperlicher, mentaler und emotionaler Belastung bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Weiter bestehe eine weitgehende Hausgebundenheit und die Beschwerdeführerin sei auf viel Unterstützung (Transport, Malzeiten, Haushalt) durch den Lebenspartner angewiesen (S. 10). Es bestehe eine myalgische Enzephalomyelitis bzw. ein chronisches Fatigue-Syndrom von aktuell und seit Langem mässiggradiger Ausprägung (S. 13).

**4.3.4** In der Aktennotiz vom 20. Juli 2023 (act. II 98) hielt der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, insbeson-

dere fest, wenn man die Beschwerden im MEDAS-Gutachten vom Dezember 2019 (vgl. act. II 39.1 ff.) anschauet, so würden beispielsweise im neurologischen Gutachten 45 unterschiedliche Symptome subjektiv geschildert. Demgegenüber hätten sich während der (neurologischen) Begutachtung diesbezüglich praktisch keine Auffälligkeiten gezeigt. Bei Vergleich der anlässlich der Begutachtung und aktuell geschilderten Beschwerdesymptomatik liessen sich – mit Ausnahme der subjektiven Aussage, wonach die Beschwerdeführerin nun gar nicht mehr arbeiten könne – keine relevanten Unterschiede feststellen. Entsprechend werde das chronische Fatigue-Syndrom auch als seit Langem mit mässiggradiger Ausprägung eingeschätzt. Es könne weiterhin auf das Gutachten vom Dezember 2019 abgestellt werden (S. 1).

Sodann legte der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 20. Juli 2023 (act. II 97) dar, die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Änderung des Gesundheitszustandes sei nicht glaubwürdig. Aus psychiatrischer Sicht könne festgehalten werden, dass kein neuer psychiatrischer-psychotherapeutischer Bericht vorgelegt werde, und im Bericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ (vgl. act. II 94 S. 4 ff.) keine neue psychiatrische Diagnose vergeben werde. Das Schmerzsyndrom, das nicht nach ICD-10 verschlüsselt worden sei, sei aus dem MEDAS-Gutachten (vgl. act. II 39.1 ff.) bekannt und werde dort unter dem Überbegriff einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) aufgeführt. Soweit im Bericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ ausserdem ein Status nach schwergradiger depressiver Episode im 2008 erwähnt werde, sei darauf hinzuweisen, dass aus dem psychiatrischen Teilgutachten (vgl. act. II 39.3) hervorgehe, dass sich aus der depressiven Episode keine rezidivierende depressive Störung entwickelt habe. Eine kontinuierliche psychopharmakologische Behandlung sei laut Medikamentenplan der Klinik D. \_\_\_\_\_ denn auch nicht installiert; einzig gegen Unruhe und zum Einschlafen würden verschiedene Präparate als Reserve aufgeführt. Da im Übrigen auch der interistische RAD-Arzt keine relevanten Unterschiede festgestellt habe, werde aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Änderung des Gesundheitszustandes geltend gemacht.

**4.3.5** Im Bericht vom 11. September 2023 (act. II 102 S. 3) legte lic. phil. I. \_\_\_\_\_, eidgenössisch anerkannte Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, dar, die Beschwerdeführerin sei seit September 2019 bei ihr in ambulanter Psychotherapie. In dieser Zeit habe sich die myalgische Enzephalomyelitis, mit den multiplen damit einhergehenden Beschwerden, Invalidisierungen, Belastungen etc., kontinuierlich verschlimmert. Die Beschwerdeführerin sei zwischenzeitlich nicht mehr in der Lage, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Um trotz der progredienten Erkrankung einigermaßen mobil zu sein, verfüge sie seit ca. einem Jahr über einen Elektrorollstuhl. Sie sei massivst eingeschränkt durch die fortschreitende myalgische Enzephalomyelitis; es gebe immer wieder Tage oder Wochen, welche sie grossmehrheitlich im Bett oder auf dem Sofa und reizabgeschirmt verbringen müsse. Tragischerweise gebe es bis heute keine kurativen Therapien für Betroffene von myalgischer Enzephalomyelitis. Umso mehr wären sie erleichtert, wenn die Krankheit zumindest von der IV anerkannt würde, damit nicht zu den gesundheitlichen Problemen auch noch finanzielle Probleme hinzukämen, die das Leben zusätzlich enorm belasteten.

**4.3.6** Im Bericht vom 25. September 2023 (act. II 104 S. 3 ff.) nahmen die Ärzte der Klinik D. \_\_\_\_\_ zu den Ausführungen des internistischen RAD-Arztes (vgl. act. II 98) Stellung und legten – neben grundsätzlichen Ausführungen zu Studien, Diagnostik und Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der myalgischen Enzephalomyelitis bzw. dem chronischen Fatigue-Syndrom und allgemeiner Kritik an der RAD-Beurteilung – insbesondere dar, die mässiggradige Ausprägung der myalgischen Enzephalomyelitis bzw. des chronischen Fatigue-Syndroms beinhalte bereits tiefgreifende Einschränkungen im Alltag. Eine relevante Arbeitsfähigkeit sei nicht mehr gegeben und die meisten Betroffenen gäben auch jegliche Arbeit bzw. Ausbildung auf, da diese sogar im kleinen Teilzeitpensum nicht mehr überwindbar sei. Dies widerspiegeln sich auch im bisherigen (Krankheits)verlauf der Beschwerdeführerin. In diesem Sinne habe sich ihr Zustand ja offensichtlich verschlechtert. Bereits im Jahr 2019 habe eine graduelle Reduktion des Pensums erfolgen müssen und seit Januar 2020 sei keine Anstellung mehr möglich. Im Frühjahr 2020 sei ein weiterer Arbeitsversuch gescheitert. Die Verschlechterung durch konsekutive IV-Abklärungen und den Arbeitsversuch hätten zu einer weitgehenden Bettlägerigkeit im fast gesam-

ten 2020 geführt. Seitdem sei die Beschwerdeführerin auch auf Unterstützung angewiesen. Obwohl sie durch konsequente Einhaltung der konservativen Massnahmen und diverse trial & error Versuche nicht mehr 24 Stunden pro Tag im Bett verbringen müsse, bleibe ihr Zustand sehr reduziert. Unterdessen sei jeder externe Termin mit erheblicher Organisation und Aufwand verbunden (Einplanung der Erholungszeiten davor und danach, Transport-Organisation, Elektrorollstuhl). Es finde eine externe Unterstützung durch die Spitex statt. Ausserdem sei auch der Diätplan sehr eingeschränkt, da die Beschwerdeführerin zahlreiche Nahrungsmittel überhaupt nicht mehr vertrage. Die Prognose sei schlecht. Man wisse nicht, wie die myalgische Enzephalomyelitis bzw. das chronische Fatigue-Syndrom entstehe und es stünden keine heilende Verfahren zur Verfügung. Es sei also anzunehmen, dass sich die Beschwerdeführerin nicht wieder erhole (act. II 104 S. 7). Zudem weisen die Ärzte der Klinik darauf hin, dass im neurologischen Teilgutachten eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 20 % attestiert worden sei, in der interdisziplinären Beurteilung jedoch eine Verminderung der Leistungsfähigkeit um 20 % festgehalten worden sei. Wenn die damalige neurologische Arbeitsfähigkeitsschätzung in der konsensuellen Beurteilung falsch übernommen worden sei, dann würden sie der jetzigen RAD-Beurteilung (wonach es zu keiner Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen sei) fast zustimmen. Die Beschwerdeführerin hätte damals wie heute nicht mehr arbeiten können. Wenn aber damals tatsächlich von einer angepassten Arbeitsfähigkeit von 80 % ausgegangen worden sei, wäre nicht nur die damalige Einschätzung zu hinterfragen, sondern jetzt auch definitiv so nicht mehr gegeben. Erstens habe man sich damals in allen Gutachten vor allem auf punktuelle Beurteilungen gestützt ohne Berücksichtigung des Leitphänomens der myalgischen Enzephalomyelitis bzw. des chronischen Fatigue-Syndroms, der post-exertionellen Malaise (PEM), zweitens sei das Leben der Beschwerdeführerin zwischenzeitlich weitgehend zerfallen. Ohne interne (Lebenspartner) und externe (Spitex) Unterstützung wäre sie nicht mehr fähig, zu existieren. Zu klären wäre überdies, wieso die neurologische Gutachterin einerseits die Diagnose chronisches Fatigue-Syndrom stelle, andererseits aber schreibe, die durch die Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden seien medizinisch nicht nachvollziehbar, wenn sie einen vollen Tag Abklärungen absolvieren könne. Es sei kein Paradox, sondern harte Realität für alle Betroffene.

nen, dass sie sich einmalig mobilisieren könnten, der Leistungseinknick und Symptomschub sie aber später für Stunden bis Wochen ausschalte (S. 8).

**4.3.7** In der Aktennotiz vom 31. Oktober 2023 (act. II 107) führte der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ aus, aufgrund der aktuell vorliegenden Einlassung der Klinik D. \_\_\_\_\_ sei es weiterhin so, dass keine neuen Verlaufsmerkmale dargelegt würden und letztlich wiederum eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes vorliege. Es könnten keine relevanten funktionellen Unterschiede im Vergleich zum Gutachten von Februar 2019 festgestellt werden, sodass weiterhin auf die diesbezüglichen Einschätzungen abgestellt werden könne.

Sodann legte der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 10. November 2023 (act. II 109) dar, eine Änderung des Gesundheitszustandes sei nicht glaubhaft. In Bezug auf die im Bericht der Klinik D. \_\_\_\_\_ erwähnte Unstimmigkeit in Zusammenhang mit der von der neurologischen Gutachterin attestierten Arbeitsfähigkeit führte der RAD-Arzt weiter aus, dabei handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um ein Versehen bzw. um einen Schreibfehler, denn in der interdisziplinären medizinischen Beurteilung sei aus neurologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit als um 20 % vermindert attestiert worden. Insgesamt werde eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % interdisziplinär festgestellt. Dabei hätten die Gutachter auch in der Begründung der Gesamtarbeitsfähigkeit und -unfähigkeit dargelegt, dass bei der Beschwerdeführerin keine schwere Erkrankung vorliege, sondern man von einem Symptomkomplex ausgehen müsse, der auch bei der Normalbevölkerung in unterschiedlichem Ausmass vorzufinden sei. Insofern könne nicht von einer 20%igen Arbeitsfähigkeit, sondern müsse von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (S. 2).

**4.4** An einen Bericht des behandelnden Arztes zur Glaubhaftmachung einer Sachverhaltsveränderung dürfen nicht strenge Anforderungen gestellt werden. Dennoch darf aber auch von einem solchen Bericht verlangt werden, dass er sich nicht in einer Wiedergabe der Vorbringen der versicherten Person erschöpft, sondern nachvollziehbar aufzeigt, aufgrund welcher Befunde die behandelnde Fachperson von einer (erheblichen) Verschlech-

terung des Gesundheitszustandes ausgeht. Ist demgegenüber anzunehmen, der neue Bericht stelle bloss eine abweichende Würdigung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen medizinischen Sachverhaltes dar, so taugt dieser nicht dazu, eine (erhebliche) Verschlechterung glaubhaft zu machen (Entscheid des BGer vom 22. Juni 2023, 8C\_619/2022, E. 5.1 mit Hinweisen).

**4.5** Gemäss den RAD-Beurteilungen (vgl. act. II 97 f., 107, 109) werden in den eingereichten Berichten weder (relevante) neue nach Massgabe eines international anerkannten diagnostischen Klassifikationssystems hergeleitete Diagnosen noch massgebliche neue objektivierte Befunde genannt, was von der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin denn auch zu Recht nicht bestritten wird. Vielmehr argumentiert diese, die (bereits im Zeitpunkt der Begutachtung im Jahr 2019 [vgl. act. II 39.1 ff.] bestandenen) Symptome hätten sich deutlich verstärkt (Beschwerde S. 8 Art. 9 Ziff. 12). Soweit die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang auf die ins Recht gelegten Arztberichte verweist, ist vorab zu betonen, dass im initial eingereichten Sprechstundenbericht der Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2022 (act. II 94 S. 4 ff.) keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes postuliert wird. Stattdessen wird eine myalgische Enzephalomyelitis bzw. ein chronisches Fatigue-Syndrom von seit Langem mässiggradiger Ausprägung genannt (S. 13). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes wird von den Behandlern erstmals in den im Rahmen des Einwandes gegen den Vorbescheid eingereichten Berichten vom 11. September 2023 (act. II 102 S. 3) sowie vom 25. September 2023 (act. II 104 S. 3 ff.) genannt, wobei Ersterer nicht von einem (Fach)Arzt, sondern von der behandelnden Psychologin verfasst wurde, womit ihm von Vornherein lediglich reduzierter Beweiswert zukommt (vgl. hierzu etwa Entscheid des BGer vom 15. November 2021, 9C\_458/2021, E. 3.3 mit Hinweisen). Soweit im zweiten Bericht der Klinik D.\_\_\_\_\_ (vom 25. September 2023 [act. II 104 S. 3 ff.]) nunmehr eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes postuliert wird, wird dies offenbar einzig aus der Auskunft der Beschwerdeführerin respektive dem Umstand, dass die Ärzte der Klinik mit der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im Gutachten nicht (mehr) einverstanden sind, abgeleitet. Dies suggerieren jedenfalls die Formulierung, der Zustand habe sich „ja offensichtlich verschlechtert“ (S. 7), sowie der Hinweis, wonach der

RAD-Beurteilung (keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes) fast zugestimmt werden könne, wenn im Gutachten die neurologische Arbeitsfähigkeitsschätzung falsch übernommen worden sei und die Arbeitsfähigkeit 20 % und nicht 80 % betragen habe (S. 8). Jedenfalls finden sich in den Akten keine Hinweise, dass die Beschwerdeführerin bereits im Zeitpunkt der Begutachtung im Herbst 2019 respektive während der angeblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes in der Klinik D.\_\_\_\_\_ behandelt worden wäre und die Ärzte der Klinik die angebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes begleitet und demnach auch selber beobachtet hätten. Der Bericht der Klinik D.\_\_\_\_\_ erschöpft sich denn auch weitgehend in einer allgemeinen Kritik am MEDAS Gutachten und der Darlegung der eigenen Sichtweise.

Im Übrigen wäre die von der Beschwerdeführerin subjektiv wahrgenommene Verschlechterung des Gesundheitsschadens ohnehin direkt im Nachgang zur Begutachtung im Herbst 2019 und demnach vor Erlass der Referenzverfügung vom 22. April 2020 (act. II 59; zum massgebenden Referenzzeitpunkt vgl. E. 3.4 und E. 4.1 hiervor) eingetreten. So legten die Ärzte der Klinik D.\_\_\_\_\_ dar, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei unter anderem Folge der IV-Abklärungen (act. II 104 S. 7) und sowohl die behandelnden Ärzte (act. II 88, 94 S. 9, 104 S. 7) als auch die Beschwerdeführerin (act. II 91 S. 5 Ziff. 4.3) bestätigten, dass (spätestens) ab Januar 2020 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Entsprechend brachte die Beschwerdegegnerin im (zunächst erhobenen in der Folge jedoch zurückgezogenen) Einwand vom 2. März 2020 (act. II 53, 58) gegen den Vorbescheid vom 5. Februar 2020 (act. II 52) vor, nach der Begutachtung sei eine erhebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes eingetreten. Sollte sich der Gesundheitszustand Ende 2019 tatsächlich verschlechtert haben, sodass ab Januar 2020 keine Arbeitsfähigkeit mehr bestanden hätte, wäre dies bereits im Rahmen der Verfügung vom 22. April 2020 (act. II 59) zu berücksichtigen gewesen und die Beschwerdeführerin hätte ihre Rechte hinsichtlich dieser Verfügung im betreffenden Rechtsmittelverfahren zu wahren gehabt. Das Neuanmeldungsverfahren dient denn auch nicht dazu, Fehler oder Unterlassungen der versicherten Person im vorangegangenen Verfahren zu korrigieren (Entscheid des BGer vom 9. Dezember 2020, 8C\_567/2020, E. 4.2).

Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Erlass der Referenzverfügung vom 22. April 2020 (act. II 59) wird in den eingereichten Berichten nicht postuliert. Im Gegenteil wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin müsse anders als noch im Jahr 2020 nun nicht mehr 24 Stunden pro Tag im Bett verbringen (act. II 107 S. 7). Letztlich taugt auch die teilweise Benutzung eines Elektrorollstuhles (act. II 102 S. 3, 114 S. 5 Ziff. 5) schon deshalb nicht dazu, die angegebene Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, weil selbst die behandelnde Neurologin des Spitals F. \_\_\_\_\_ die Benutzung eines Elektrorollstuhles als kontraindiziert erachtet (act. II 80 S. 6). Entsprechend wurde das Gesuch um Kostengutsprache für einen Elektrorollstuhl (act. II 66) von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 20. Oktober 2021 (act. II 82) auch abgewiesen, wogegen kein Rechtsmittel ergriffen wurde.

**4.6** 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. Demnach vermag die Beschwerdeführerin im massgebenden Vergleichszeitraum keine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Folglich ist die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das neue Leistungsgesuch vom Juni 2023 (act. II 91) nicht eingetreten.

Mithin ist die angefochtene Verfügung vom 15. November 2023 (act. II 110) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- entnommen. Die Restanz von Fr. 300.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten.

**5.2** Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet die Einzelrichterin:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- entnommen. Die Restanz von Fr. 300.-- wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Einzelrichterin:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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