

200 15 36 IV
ACT/ABE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 12. Mai 2015

Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Abenhaim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Dezember 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1955 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog ab August 1987 – bei wechselnden Invaliditätsgraden – eine Invalidenrente (Antwortbeilage [AB] 77.1 [S. 304, 301, 298, 295, 151, 34, 1]; AB 42/2). Die rentenaufhebende Verfügung vom 9. April 2010 (AB 74) hob das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit unangefochten gebliebenem Urteil vom 15. Dezember 2011 (IV/2010/525) auf; die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) wurde angewiesen, nach ergänzenden medizinischen Abklärungen neu zu verfügen (AB 84). Gestützt auf eine daraufhin veranlasste psychiatrisch-rheumatologische Begutachtung (AB 94.1, 95.1) verfügte die IVB am 16. Oktober 2012 (AB 107) wiederum die Rentenaufhebung (Invaliditätsgrad: 31%), was mit Urteil des Verwaltungsgerichts vom 11. April 2013 (AB 114) geschützt wurde (IV/2012/1105). Auf die hiergegen erhobene Beschwerde (AB 115/2) trat das Bundesgericht am 23. Mai 2013 nicht ein (9C_296/2013 [AB 118]).

B.

Am 5. Juni 2013 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (AB 122). Mit Verfügung vom 10. September 2013 (AB 135) trat die IVB auf das neue Leistungsbegehren mangels glaubhaft gemachter wesentlicher Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen nicht ein. Nachdem diese Verfügung angefochten worden war (AB 137/4), hob sie die IVB wiedererwägungsweise auf (AB 138), womit das Beschwerdeverfahren (IV/2013/890) mit Urteil vom 4. November 2013 als erledigt abgeschrieben wurde (AB 140). Der Versicherte erhielt Gelegenheit, weitere medizinische Unterlagen einzureichen (AB 143 ff.); diese wurden dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme unterbreitet (AB 151 ff.). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 157 ff.) trat die IVB mit Verfügung vom 15. Dezember 2014 (AB 166) auf das Leistungsbegehren erneut nicht ein.

C.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 14. Januar 2015 Beschwerde mit dem Antrag, die Beschwerdegegnerin sei unter kostenfälliger Aufhebung der Verfügung vom 15. Dezember 2014 anzuweisen, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten. Am 22. Januar 2015 ging eine weitere Eingabe des Beschwerdeführers ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die 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 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 15. Dezember 2014 (AB 166). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung 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 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

2.2 Nach Eingang einer Neuanmeldung 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 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.

Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, glaubhaft gemacht hat. Dabei ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der mit Urteil vom 11. April 2013 (AB 114) bestätigten rentenaufhebenden Verfügung vom 16. Oktober 2012 (AB 107) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 15. Dezember 2014 (AB 166) zu vergleichen (vgl. E. 2.3 hiavor).

3.1 Der Rentenaufhebung per Ende November 2012 (AB 107, 114) lag im Wesentlichen folgende medizinische Einschätzung zugrunde:

Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Gutachten vom 27. April 2012 (AB 94.1) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Eine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lasse sich aus psychiatrischer Sicht nicht diagnostizieren (S. 10 f.). Es bestehe eine ausgeprägte, bewusstseinsnahe Verdeutlichungs- und Aggravationstendenz. Das Schmerzgebaren wirke oft aufgesetzt; ein echter Leidensdruck könne nicht festgestellt werden (S. 12). Aus rein psychiatrischer Sicht könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, weder in der zuletzt ausgeübten noch in einer alternativen Tätigkeit, begründet werden. Es bestehe auch keine Verminderung der Leistungsfähigkeit (S. 14).

Dr. med. D._____, Facharzt für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, diagnostizierte im Gutachten vom 23. Mai 2012 (AB 95.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 36) eine leicht-

gradige, chronische Schmerzkrankheit mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41). Als somatische Anteile nannte er: Status nach mehreren Unfallereignissen, chronisches Lumbovertebralsyndrom bei geringer rechtskonvexer Skoliosehaltung und mässigen degenerativen Veränderungen (ICD-10 M45.5), beginnende Coxarthrose beidseits (ICD-10 M16.9). Geklagt würde über Schmerzen vor allem in der LWS, im Hüftbereich, in beiden Beinen, in der rechten Schulter sowie im Ellbogenbereich rechts. Die rheumatologische Untersuchung zeige nur mässige organische Korrelate zu den subjektiv stark empfundenen Beschwerden. Aus rein somatischer Sicht sei eine adaptierte Arbeit ganztags ohne Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zumutbar. Der Explorand sollte überwiegend sitzende Arbeit verrichten, bei welcher er zwischendurch kurz aufstehen könne. Gehen auf unebenem Gelände und Arbeiten in der Hocke seien nicht mehr zumutbar. Zumutbar sei eine leichte bis mittelschwere Wirbelsäulenbelastung mit gelegentlichem Heben von Lasten von 10 bis maximal 15 kg. Die Wirbelsäulenbelastbarkeit sei v.a. wegen der muskulären Dekonditionierung – nicht wegen der degenerativen Veränderungen – eingeschränkt (S. 39).

Aus bidisziplinärer Sicht attestierten die Gutachter in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (AB 95.1/44).

3.2 Im Rahmen der Neuanmeldung (AB 122) ergingen im Wesentlichen folgende Berichte:

3.2.1 Im Austrittsbericht des Spitals E._____, vom 20. November 2013 (AB 144/9) wurden folgende Hauptdiagnosen genannt: Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen, partielle Supraspinatussehnenruptur rechts, depressive Störung, chronische Oberbauchbeschwerden. Erwähnt wurden denn auch u.a. eine reaktive Depression mit Rückzug und Vereinsamung bzw. eine (bei Eintritt) mittelschwere depressive Episode. Die durchgeführten Facettengelenksinfiltrationen hätten eine vorübergehende leichte Besserung gebracht. Trotz organischer Befunde (Spinalkanalstenose L4/5, Segmentdegeneration mit Spondylarthrose L4/5 und L5/S1) sollte die Indikation zu einer chirurgischen Intervention aufgrund der massiven Schmerzausweitung und Verarbeitungsstörung zurückhaltend gestellt werden. Zur Stabilisierung und zum Ausgleich der

ausgeprägten muskulären Dysbalancen sei in erster Linie intensive Physiotherapie empfohlen worden.

3.2.2 Am 5. Februar 2014 (AB 146/5) berichteten die Ärzte des Spitals E._____, insgesamt bestehe ausser der über die Jahre zunehmenden Schmerzverstärkung keine Veränderung der Symptomatik im Rückenbereich. Als Diagnose wurde eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen genannt.

3.2.3 Im urologischen Sprechstundenbericht vom 3. März 2014 (AB 154/2) nannten die Ärzte des Spitals E._____ folgende ihr Fachgebiet betreffenden Diagnosen: Kompensierte Miktionsituation (mit/bei: regredienter Drangsymptomatik sowie komplettem Rückgang der dysurischen Beschwerden, zystoskopisch relative Blasenhalenge), parapelvine Nierenzysten beidseits, Verdacht auf Leberzysten. Die bildmorphologische Untersuchung habe keinen Hinweis für einen Tumor des oberen Harntraktes gezeigt. Weitere Kontrollen seien nicht vorgesehen.

3.2.4 Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, RAD, legte am 28. Mai 2014 (AB 152/4) dar, im Austrittsbericht des Spitals E._____ sei – im Unterschied zum Gutachten des Dr. med. C._____ – zwar nicht von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, sondern von einer schweren chronischen Schmerzverarbeitungsstörung die Rede. Es werde aber – genau gleich wie im Gutachten – von einer multilokulären Symptomatik hauptsächlich im Bereich der rechten Schulter, der unteren Wirbelsäule sowie des linken Beins gesprochen. Im MRI der LWS fänden sich keine Veränderungen, die nicht schon zuvor bekannt gewesen seien oder zusätzliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Auch in Bezug auf die rechte Schulter fänden sich keine wesentlichen neuen Aspekte. Zwar beständen degenerative Veränderungen der Supraspinatussehne mit einer transmuralen Läsion bei noch erhaltener Kontinuität sowie eine SLAP-Läsion Typ II des Labrums. Es handle sich aber um Veränderungen, die mit einer angepassten Tätigkeit (gemäss Gutachten 2012) ohne weiteres vereinbar seien. Ausserdem dürften selbst bei voll arbeitsfähigen über 50-jährigen Personen keine MR-Bilder erwartet werden, wie man sie „aus dem Anatomieatlas“ kenne. Die Angabe einer reaktiven Depression mit Rückzug und Vereinsamung sei vor dem Hinter-

grund der Schilderungen im Gutachten von 2012 nicht nachvollziehbar. Eine mittelschwere depressive Episode müsste sich allein unter der antidepressiven Therapie wesentlich zurückgebildet haben, damit die (gemäss Austrittsbericht) geplanten Ferien überhaupt hätten angetreten werden können.

Am 16. Juli 2014 (AB 156/2) legte Dr. med. F. _____ dar, aus den urologischen Berichten des Spitals E. _____ gehe hervor, dass der Beschwerdeführer darüber geklagt habe, öfters als üblich Wasser lösen zu müssen und dies mit einem Brennen verbunden sei. Die in der Folge durchgeführten Untersuchungen hätten ausser einer relativen Blasenhaltsenge, parapelvinen Nierenzysten und dem Verdacht auf Leberzysten keine Besonderheiten ergeben. Erstere schränke die Arbeitsfähigkeit nicht ein. Parapelvine Nierenzysten seien ein häufiger Zufallsbefund und hier nicht von Belang. Würde sich der Verdacht auf Leberzysten anders präsentieren, wären weitere Abklärungen durchzuführen; hier sei dies jedoch nicht der Fall. Ausserdem sei mit der medikamentösen Therapie praktisch eine Beschwerdefreiheit erreicht worden.

Am 5. Dezember 2014 (AB 165/2) führte Dr. med. F. _____ aus, objektiv finde sich nichts, das die geltend gemachten heftigen Schmerzen erkläre. Bei kaum auszuhaltenden Schmerzen – wie sie der Beschwerdeführer geltend mache – würde eine komplexe hochpotente analgetische Therapie eingesetzt; hier habe bisher offenbar nie eine Veranlassung dazu bestanden.

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich beim Erlass der Nichteintretensverfügung (AB 166) massgeblich auf die Berichte des RAD vom 28. Mai (AB 152/4), 16. Juli (AB 156/2) und 5. Dezember 2014 (AB 165/2) gestützt. Diese erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Arztberichte (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) und überzeugen. Dass es sich dabei um Aktenberichte handelt, ist nicht zu beanstanden, ergeben die Akten doch ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Zustand und der RAD-Arzt konnte sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4; vgl. auch Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. März 2011, 9C_58/2011, E. 2.2).

Die in der Beschwerde geäusserten Vorwürfe an den RAD erweisen sich nicht als stichhaltig. Der Einwand, Dr. med. F. _____ habe sich nicht ausreichend tief mit den Vorakten auseinandergesetzt (S. 6) bzw. es unterlassen, die Gründe anzugeben, weshalb er auf die eine und nicht auf die andere Beurteilungen abstelle (S. 7), entbehrt jeglicher Grundlage. Zum einen hat der RAD-Arzt jeweils nicht nur angegeben, welche medizinischen Einschätzungen seiner Beurteilung zugrunde lagen, sondern er hat sich auch sorgfältig, ausführlich und nachvollziehbar mit den Akten auseinandergesetzt. Insbesondere hat er dargelegt, weshalb die von den behandelnden Ärzten erwähnten Diagnosen teilweise nicht einleuchten resp. was dagegen spricht (AB 152/5; vgl. E. 3.3.1 f. hiernach). Weiter ist nicht ersichtlich, inwiefern die Ausführungen des RAD-Arztes unsachlich oder voreingenommen (Beschwerde, S. 9) sein sollen. Dieser Einwand wird auch nicht näher begründet. Sofern er sich auf die Bemerkung von Dr. med. F. _____ betreffend die Ferien des Beschwerdeführers bezieht (vgl. AB 152/6), ist darin keine Unsachlichkeit zu erblicken. Vielmehr ist die Berücksichtigung des Freizeit- und damit auch des Ferienverhaltens im Rahmen der Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung – insbesondere bei unklaren Beschwerdebildern wie dem vorliegenden – sogar geboten (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297; vgl. bereits das Gutachten von Dr. med. C. _____, in dem auf den Widerspruch betreffend die Angabe von Schmerzen beim Sitzen und die monatlichen 12-stündigen Busreisen in das Heimatland hingewiesen wurde [AB 94.1/12]). Sollte sich der Beschwerdeführer aufgrund des Hinweises auf den Anatomieatlas „herabgewürdigt“ fühlen, ist zu bemerken, dass die entsprechende Aussage einzig (aber immerhin) dahingehend zu verstehen ist, als es einer medizinischen Erfahrungstatsache entspricht, dass bei den meisten Menschen ab einem gewissen Alter Verschleisszeichen auszumachen sind; selbst wenn jemand uneingeschränkt arbeitsfähig bzw. -tätig ist, können solche Schäden bestehen.

Damit sind die Rügen betreffend die Zuverlässigkeit der Einschätzung des RAD-Arztes unbegründet. Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht auf die Beurteilungen des Dr. med. F. _____ abgestellt.

3.3.1 In psychischer Hinsicht ist vorab festzuhalten, dass nach wie vor eine Schmerzstörung vorliegt. Während im massgebenden Vergleichszeit-

punkt (Oktober 2012 [AB 107, 114]) eine (nicht invalidisierende [AB 114/15 f.]) anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4 [AB 94.1/11]) resp. eine leichtgradige, chronische Schmerzkrankheit mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41 [AB 95.1/36]) bestand, diagnostizierten die Ärzte des Spitals E._____ eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (AB 144/9, 146/5, 150/2). Soweit in der Beschwerde (S. 6) geltend gemacht wird, im Austrittsbericht betreffend die Hospitalisation vom 19. August bis 14. September 2013 sei nunmehr von einer *schweren* chronischen Schmerzstörung die Rede, ist dies aktenwidrig (AB 144/9). Der RAD-Arzt Dr. med. F._____ wies zudem zu Recht darauf hin, dass – gleich wie im Jahr 2012 – eine multilokuläre Symptomatik bestehe (AB 152/5; diesbezüglich vgl. auch E. 3.3.2 hiernach). Was die im genannten Austrittsbericht (unter der Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen) erwähnte reaktive Depression mit Rückzug und Vereinsamung bzw. die depressive Störung (mittelschwere depressive Episode bei Eintritt) anbelangt, hat der RAD-Arzt Dr. med. F._____ nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass diese Diagnose(n) nicht nachvollziehbar sei(en; AB 152/5 f.), womit auch diesbezüglich keine Tatsachenänderung glaubhaft gemacht ist. So ist denn auch im Psychostatus (AB 144/16) – im Vergleich zu demjenigen im Jahr 2012 (AB 94.1/9 f.) – keine wesentliche Veränderung auszumachen. Ferner wurde in Bezug auf das weitere Prozedere weder eine psychotherapeutische noch eine fachärztliche (psychiatrische) Therapie empfohlen. Hätten effektiv Anzeichen für eine depressive Störung im geltend gemachten Ausmass bestanden, wäre eine Überweisung an einen Psychiater erfolgt. Die Ärzte des Spitals E._____ erachteten jedoch regelmässige Kontrollen beim Hausarzt als ausreichend (vgl. AB 144/11). Damit ist eine wesentliche Veränderung gerade nicht glaubhaft gemacht, fanden doch schon im massgebenden Vergleichszeitpunkt regelmässige Konsultationen beim Hausarzt statt (vgl. AB 94.1/8 f.).

3.3.2 Was die somatische Situation anbelangt, stehen nach wie vor Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, der unteren Wirbelsäule und des linken Beins im Vordergrund (AB 152/5). Bereits anlässlich der Begutachtung im Jahr 2012 fanden sich nur mässige organische Korrelate zu den subjektiv stark empfundenen Beschwerden (AB 95.1/39). Nach wie

vor konnten die Ärzte keine Erklärung für das geltend gemachte Ausmass der generalisierten Schmerzen finden (vgl. AB 165/2), sondern haben explizit auf die massive Schmerzausweitung und (Schmerz-)Verarbeitungsstörung (AB 144 [S. 5, 7, 10], 149/2, 150/4) hingewiesen. In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Eine Änderung der Verhältnisse, namentlich eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, ist damit nicht allein mit subjektiven Angaben bzw. mit vom Patienten (subjektiv) stärker empfundenen Schmerzen glaubhaft gemacht.

Der Beschwerdeführer hat sich – nachdem er das neue Leistungsgesuch gestellt hat – ausgedehnten Abklärungen im Spital E._____ unterzogen, welche jedoch allesamt ohne wesentliche neue Erkenntnisse blieben. Nachdem in Bezug auf die Lumbago zunächst eine Rhizotomie (Verödung von Wirbelgelenksnerven) empfohlen (vgl. AB 144/3), in der Folge jedoch nicht mehr als dringend indiziert erachtet worden war (vgl. AB 146/5), gelangten der Hausarzt und der behandelnde Orthopäde schliesslich gemeinsam zur Auffassung, dass von einer solchen abzusehen ist; letztlich wurde ein Weiterführen der konservativen Therapie als ausreichend angesehen (Bericht vom 6. April 2014 [AB 150/4]). Auch damit ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht glaubhaft gemacht.

Keine neue Tatsache ist ferner, dass der Beschwerdeführer häufig Wasser lösen muss (bzw. musste). So wird im Bericht vom 5. Februar 2014 (AB 146/5) darauf hingewiesen, das Problem mit der häufigen Blasenentleerung bestehe schon seit 3 bis 4 Jahren. Ausserdem konnte durch die 2014 eingeleitete medikamentöse Therapie praktisch eine Beschwerdefreiheit erreicht werden (AB 156/2). Die behandelnden Urologen beurteilten die Miktionssituation denn auch als kompensiert resp. legten dar, die Drangsymptomatik sei regredient und die dysurischen Beschwerden seien komplett verschwunden (AB 154/2). Die bildmorphologische Untersuchung ergab zwar parapelvine Nierenzysten beidseits und einen Verdacht auf Le-

berzysten; weitere Kontrollen waren aus fachärztlicher Sicht jedoch nicht erforderlich (AB 154/3). Damit stellen diese Befunde keine erhebliche gesundheitliche Störung dar (vgl. auch AB 156/2), womit mit Blick auf die urologische Situation ebenfalls keine wesentliche Tatsachenänderung glaubhaft gemacht ist.

Aus dem Bericht seines Hausarztes Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 5. Januar 2015 (Beschwerdebeilage [BB] 2) vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Abgesehen davon, dass dieser Bericht erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung (15. Dezember 2014 [AB 166]) verfasst wurde, wobei offen bleiben kann, ob er aufgrund des zeitlichen Überprüfungshorizontes des Gerichts überhaupt zu berücksichtigen ist (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140; SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4), sind sämtliche von Dr. med. G._____ ins Feld geführten Arztberichte in den RAD-Beurteilungen mitberücksichtigt worden (vgl. AB 144-156). Soweit sich Dr. med. G._____ zur Invalidität äussern sollte, überschritte er ferner seinen Aufgabenbereich, stellt dies doch keine vom Arzt zu beurteilende Tatfrage, sondern eine von der Verwaltung und im Beschwerdefall vom Gericht zu prüfende Rechtsfrage dar (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195).

3.3.3 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers und seines Hausarztes (BB 2, S. 2) ist es in diesem Stadium des Verfahrens nicht Sache der Verwaltung, vertiefte medizinische Abklärungen durchzuführen; insbesondere war es nicht angezeigt, ein Gutachten in Auftrag zu geben (vgl. Beschwerde, S. 7). Im Rahmen einer Neuanschuldung hat vielmehr in erster Linie die versicherte Person substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach von Amtes wegen für die Abklärung des rechts-erheblichen Sachverhalts zu sorgen ist, gilt im Rahmen einer Neuanschuldung nur eingeschränkt (vgl. Entscheid des BGer vom 18. September 2009, 9C_312/2009, E. 2.4 [Verwaltungsverfahren]) resp. nicht (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69 [Gerichtsverfahren]).

3.4 Nach dem Dargelegten ist eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem 16. Oktober 2012 (AB 107, 114) nicht glaubhaft gemacht. Die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 15. Dezem-

ber 2014 (AB 166) ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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. Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 700.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

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

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

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.