

200 16 520 IV
KOJ/GET/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 5. September 2016

Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. Mai 2016



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Mai 1998 unter Hinweis auf seit zwei Unfällen im Jahr 1995 bestehende diverse Beschwerden erstmals bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 1.1 S. 112 - 118; 94; 39). Mit Verfügung vom 26. Oktober 1998 (act. II 1.1 S. 3 - 5) wies die IVB das Leistungsbegehren bei einem rentenausschliessenden IV-Grad von 12% ab.

Im Februar 2007 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine „Rückenmuskel-Verletzung“ sowie Schmerzen in den Beinen und in der Hüfte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 4 S. 1 - 8). Nachdem die IVB den Versicherten durch die Dres. med. C. _____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, und D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, interdisziplinär hatte begutachten lassen (Expertise vom 14. und 15. Februar 2008 [act. II 27 f.]), verneinte sie mit Verfügung vom 28. Juli 2008 (act. II 35) bei einem IV-Grad von 15% einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 3. Juni 2009, VGE IV 69792 (act. II 42), ab. Die gegen diesen Entscheid gerichtete Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten wies das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 10. August 2009, 9C_610/2009 (act. II 47), ab.

Im September 2009 liess der Versicherte der IVB diverse Arzt- und Klinikberichte einreichen und gestützt darauf eine erhebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend machen sowie um eine erneute Prüfung des Rentenanspruchs ersuchen (act. II 49). Nachdem die IVB bei Dr. med. D. _____ eine Nachbegutachtung veranlasst (Expertise vom 29. Juni 2010 [act. II 57]) und in der weiteren Folge eine Stellungnahme (act. II 67) von ihm eingeholt hatte, verneinte sie mit Verfügung vom 16. Dezember 2010 (act. II 70) bei einem Invaliditätsgrad von 29% einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 13. Juli 2011

(VGE IV/2011/50 [act. II 78]) ab. Auf die dagegen gerichtete Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten trat das BGer mit Entscheid vom 15. September 2011 (9C_596/2011 [act. II 80]) nicht ein.

Am 1. Juni 2012 liess der Versicherte bei der IVB erneut eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend machen und um erneute Prüfung der „Rentenfrage“ ersuchen (act. II 84). In der Folge holte die IVB bei Dr. med. E. _____, Fachärztin für Allgemeine Medizin (D) und Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), einen ärztlichen Bericht sowie – nachdem der Versicherte im Vorbescheidverfahren einen Bericht von Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zu den Akten gereicht hatte (act. II 93) – eine Stellungnahme von Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (RAD) ein (act. II 94 S. 2). Nachdem Dr. med. E. _____ ein weiteres Mal Stellung genommen hatte (act. II 96), trat die IVB mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 23. August 2012 (act. II 97) auf das Leistungsbegehren nicht ein.

B.

Mit Bericht vom 5. Oktober 2015 (act. II 98) gelangte Dr. med. F. _____ an die IVB mit dem Hinweis, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich verschlechtert. Gestützt darauf ersuchte der Versicherte die IVB mit Schreiben vom 16. November 2015 (act. II 100), die „Rente zu überprüfen“. Nachdem die IVB bei Dr. med. G. _____ (RAD) einen ärztlichen Bericht eingeholt (act. II 102) und das Vorbescheidverfahren durchgeführt hatte (act. II 107), trat sie mit Verfügung vom 3. Mai 2016 (act. II 109) auf das Leistungsbegehren nicht ein. In der Begründung machte sie geltend, mit den vorliegenden Arztberichten sei keine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit der letzten Verfügung vom 16. Dezember 2010 (act. II 70) glaubhaft gemacht.

C.

Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, mit Eingabe vom 1. Juni 2016 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Rechtsbegehren:

Die Verfügung vom 3. Mai 2016 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, auf das vom Beschwerdeführer gestellte Leistungsbegehren einzutreten.

Eventuell: Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen und hierauf neu zu entscheiden.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Begründung macht der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, im Rahmen des letzten rechtskräftigen materiellen Entscheids sei gestützt auf das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 29. Juni 2010 lediglich von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen worden. Ausserdem habe sich der rentenablehnende Entscheid auf die im erwähnten Gutachten gemachten Ausführungen gestützt, wonach der Beschwerdeführer nicht suizidal, seine therapeutische Mitarbeit ungenügend und die therapeutischen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft gewesen seien. Der Beschwerdeführer leide gemäss seinem behandelnden Psychiater, Dr. med. F. _____, aktuell insbesondere unter einer somatoformen Schmerzstörung und einer anhaltenden (rezidivierenden) schweren depressiven Störung mit somatischem Syndrom. Die seit vielen Jahren (seit 2006) durchgeführten Therapien würden trotz guter Kooperation des Beschwerdeführers nichts helfen. Auch das psychische Leiden habe sich phasenweise verschlechtert mit verstärkter Suizidalität (S. 6, Ziffer 10). Weiter beständen auch hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass sich der Sachverhalt hinsichtlich der somatoformen Schmerzstörung dahingehend verändert habe, dass diese – auch unter Beachtung von BGE 141 V 281 – aufgrund der weitergehenden Chronifizierung, der fehlbaren Ressourcen und der erfolglosen Therapien, nun als invalidisierend gelte (S. 6, Ziffer 11). Ferner sei mit Bezug auf das Glaubhaftmachen zu berücksichtigen, dass seit dem Urteil des BGer vom 15. September 2011 mehr als vier Jahre vergangen seien, weshalb keine allzu hohen Anforderungen an das Glaubhaftmachen gestellt werden dürften (S. 7, Ziffer 12). Im Weiteren reiche die Geltendmachung einer Chronifizierung des Beschwerdebildes für eine

Glaubhaftmachung aus (S. 7, Ziffer 13). Auch hätten die behandelnden Ärzte die Verschlechterung hinreichend begründet (S. 8, Ziffer 16). Davon abgesehen, habe die Beschwerdegegnerin aufgrund der eingereichten Arztberichte, welche zumindest auf eine Änderung des Gesundheitszustandes hindeuteten, die Pflicht zu weiteren medizinischen Abklärungen (S. 8, Ziffern 17 f.).

Mit Eingabe vom 1. Juli 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde, wobei sie – unter Hinweis auf die angefochtene Verfügung vom 3. Mai 2016 – auf die Einreichung einer Beschwerdeantwort verzichtete.

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 3. Mai 2016 (act. II 109). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neu-anmeldung vom 16. November 2015 (act. II 100) zu Recht nicht eingetreten ist.

1.3 Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln als Einzelrichterin oder Einzelrichter Beschwerden gegen Zwischenverfügungen und Zwischenentscheide, einschliesslich solcher 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]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

2.2 Nach Eingang einer Neuanschuldung 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 Die versicherte Person muss mit der Neuanschuldung 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).

2.4 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). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

3.

3.1 Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer eine Änderung des Sachverhalts glaubhaft gemacht hat, die geeignet ist, den Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise zu beeinflussen. Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügung vom 16. Dezember 2010 (act. II 70) – mit welcher die Beschwerdegegnerin bei einem Invaliditätsgrad von 29% einen Anspruch auf eine Invalidenrente verneint hat, was mit VGE

IV/2011/50 vom 13. Juli 2011 (act. II 78) und mit Entscheid des BGer vom 15. September 2011 (act. II 80) bestätigt wurde – und die Nichteintretensverfügung vom 3. Mai 2016 (act. II 109). Demgegenüber fällt die Nichteintretensverfügung vom 23. August 2012 (act. II 97) als Referenzzeitpunkt ausser Betracht, liegt ihr doch keine umfassende Prüfung der anspruchserheblichen Tatsachen mit rechtskonformer (medizinischer) Sachverhaltsabklärung, einer Beweismwürdigung und einem Einkommensvergleich zugrunde (vgl. E. 2.4 vorne).

3.2 In seinem die rentenablehnende Verfügung vom 16. Dezember 2010 bestätigenden Urteil vom 13. Juli 2011 (VGE IV/2011/50 [act. II 78]) hielt das Verwaltungsgericht fest, in körperlicher Hinsicht präsentiere sich im Vergleich zum interdisziplinären Gutachten der Dres. med. C. _____ und D. _____ vom 14. und 15. Februar 2008 (act. II 27 f.) – worin als somatische Diagnosen ein chronisches Schmerzsyndrom, eine Coxarthrose links, eine diffuse idiopathische skelettale Hyperostose (radiologischer Befund), eine juvenile Osteochondrose Scheuermann (radiologischer Befund), eine Adipositas (BMI 33 kg/m²), eine arterielle Hypertonie, gastroösophageale Refluxbeschwerden sowie eine gestörte Gluconeogenese festgehalten wurden (act. II 28 S. 9) – keine Verschlechterung (E. 3.1 und 3.4.1, act. II 78 S. 8 und 12). In psychiatrischer Hinsicht stellte das Verwaltungsgericht auf das als voll beweiskräftig beurteilte Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 29. Juni 2010 (act. II 57) ab (E. 3.4.2, act. II 78 S. 12). Dieser diagnostizierte im Wesentlichen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1; act. II 57 S. 6). In der Beurteilung hielt er fest, in der Zwischenzeit habe sich keine positive Entwicklung eingestellt. Da die ICD-10 diagnostisch die Dauer einer depressiven Reaktion auf zwei Jahre beschränke, müsse nun von einer negativen Eigendynamik ausgegangen werden. Da depressive Episoden aufgetreten seien, könne heute die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode (derzeit eine leichte bis mittelgradige) gestellt werden. Gegen eine deutliche Ausprägung der Depression sprächen folgende Beobachtungen: Der Beschwerdeführer sei nicht suizidal, zeige keine schwermütig gedrückte Stimmung und sei im affektiven Rapport zugänglich. Er werde ambulant psychiatrisch betreut

(S. 7). Die therapeutische Mitarbeit des Beschwerdeführers sei ungenügend (S. 8). Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. D. _____ fest, unter Berücksichtigung der therapeutischen Möglichkeiten bzw. unter der Voraussetzung einer Stabilität der rheumatologischen Befunde könne von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 25 bis 30% ausgegangen werden (S. 9 und S. 11).

In der ergänzenden Stellungnahme vom 19. Oktober 2010 (act. II 67) hielt Dr. med. D. _____ fest, es sei bekannt, dass eine rezidivierende depressive Störung im Ausmass der Depressivität Schwankungen zeigen könne. Anlässlich der Untersuchung am 17. Juni 2010 hätten keine Hinweise für eine schwergradige Depression bestanden. Dagegen hätten folgende Beobachtungen gesprochen: Keine feststellbare Aktivitätsminderung, unauffällige Psychomotorik, lebhaftes Mimik und Gestik, keine Suizidalität, keine schwermütig gedrückte Stimmung. Es sei nicht auszuschliessen, dass der Beschwerdeführer bei seinem Psychiater gelegentlich schwergradige depressive Episoden zeigen könne (S. 2).

3.3

3.3.1 Mit im Hinblick auf die Neuanschuldung vom 16. November 2015 zuhanden von Dr. med. F. _____ verfasstem Bericht vom 24. September 2015 (act. II 98 S. 5 f.) diagnostizierte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. H. _____, Allgemeine Innere Medizin FMH, im Wesentlichen ein Panvertebralsyndrom, therapieresistent und invalidisierend, deutliche degenerative Veränderungen der LWS, Myogelosen, einen Status nach erfolglosen respektive kreislaufbedingt nicht tolerierten Facettengelenks-infiltrationen L3/4, L4/5 und L5/S1, eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine reaktive mittelschwere Depression. Vor allem das Panvertebralsyndrom habe in den letzten Monaten tendenziell zugenommen (S. 5).

3.3.2 Mit Bericht vom 5. Oktober 2015 (act. II 98 S. 2 - 4) hielt Dr. med. F. _____ fest, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er im Wesentlichen ein Panvertebralsyndrom, therapieresistent und invalidisierend, deutliche degenerative Veränderungen der LWS, eine somatoforme Schmerz-

störung, eine anhaltend (rezidivierend) schwere depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F 33.21) sowie ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (S. 2). Unter „Aktuelle Symptome/aktueller Zustand“ hielt Dr. med. F. _____ weiter fest, das psychische Leiden sei in den letzten Jahren trotz weiterer psychiatrischer, medikamentöser Therapie unverändert, bzw. phasenweise verschlechtert mit verstärkter Suizidalität. Die körperlichen Leiden hätten nach Angaben des Hausarztes in der letzten Zeit auch tendenziell zugenommen. Die Schmerztherapie, die Ende 2012 auch in der Schmerzklinik Basel stattgefunden habe, habe – wie auch die weitere hausärztliche Behandlung – keine Verbesserungen gebracht. Neben der somatoformen Schmerzstörung lägen gesundheitlich bedeutungsvolle körperliche Erkrankungen nicht nur des Bewegungssystems vor. Heute liege eine langjährige, verfestigte Schmerzentwicklung vor, die auch die Depression mitunterhalte. Gleichzeitig stelle die langjährige Depression einen erheblichen ressourcenhemmenden Faktor dar und unterhalte die Schmerzstörung. Zudem fehlten (mobilisierbare) Ressourcen, weil das soziale Netzwerk ausserhalb der Familie bescheiden sei. Die inzwischen seit vielen Jahren (seit 2006) durchgeführten Therapien hülften trotz guter Kooperation des Beschwerdeführers kaum. Es bestehe eine ausgeprägte Müdigkeit und Tagesschläfrigkeit, schnelle Erschöpfbarkeit sowie ausgeprägte Schmerzen an verschiedenen Gelenken. Unter „Objektive Befunde“ verwies Dr. med. F. _____ auf den Bericht des Hausarztes Dr. med. H. _____ (act. II 98 S. 5 f.). Der Psychostatus der schweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom sei in den letzten Jahren im Wesentlichen unverändert geblieben. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit Dezember 2006 durchgehend 100% für sämtliche Tätigkeiten (S. 3).

3.4 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers wird mit den aufgelegten Arztberichten im vorliegenden Neuanmeldeverfahren kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht:

3.4.1 In somatischer Hinsicht macht Dr. med. H. _____ lediglich geltend, die Beschwerden hätten in den letzten Monaten „tendenziell zugenommen“, womit keine sich allenfalls auf den Rentenanspruch auswirkende Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht wird, zumal der Arzt auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Darüber hinaus erschöpft

sich sein Bericht vom 24. September 2015 in einer blossen Wiedergabe der subjektiven Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers sowie in der Aufzählung von (befundmässig nicht untermauerten) Diagnosen. Soweit Dr. med. H. _____ darauf hinweist, insbesondere aufgrund des Panvertebralsyndroms hätten die Beschwerden zugenommen, so folgt aus den Akten, dass diese Diagnose vom früheren Hausarzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bereits 2005 gestellt (act. II 11 S. 53) und bereits im Jahr 2006 von Dr. med. J. _____, Facharzt für Rheumatologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, als „absolut therapieresistent“ bezeichnet wurde (vgl. act. II 11 S. 32). Dr. med. I. _____ qualifizierte das Panvertebralsyndrom schliesslich mit Bericht vom 27. Januar 2008 (act. II 24 S. 1) als invalidisierend und bezeichnete es als „illusorisch“, den Beschwerdeführer im „offenen Arbeitsmarkt einsetzen zu wollen“ (S. 2). Im Übrigen deckt sich die damals von ihm erstellte Diagnosenliste weitestgehend mit jener im Bericht von Dr. med. H. _____ vom 24. September 2015. Diese Beschwerden bestanden unverändert bis zur interdisziplinären Begutachtung im Februar 2008, in welchem Dr. med. C. _____ in seinem Grundlage für die Verfügung vom 16. Dezember 2010 bildenden rheumatologischen Teilgutachten von einem chronischen Schmerzsyndrom mit lumbalbetontem Panvertebralsyndrom ausging (vgl. act. II 28 S. 9). Auch die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule bestehen seit Jahren (vgl. act. II 11 S. 61), wobei Fazetteninfiltrationen auch früher schon ohne Effekt blieben (vgl. S. 3). Damit ist erstellt, dass in somatischer Hinsicht in den vorliegend referenziellen Zeitpunkten vom 16. Dezember 2010 und 3. Mai 2016 (vgl. E. 3.1 vorne) eine praktisch identische und weitgehend chronifizierte Beschwerdesituation vorlag.

3.4.2 Nichts Anderes ergibt sich in psychischer Hinsicht: Zunächst fällt auf, dass sich die im Bericht vom 5. Oktober 2015 (act. II 98 S. 2 - 4) von Dr. med. F. _____ erstellte Diagnosenliste (S. 2) mit Bezug auf die Ziffern 1-5 weitgehend mit jener von Dr. med. H. _____ deckt, wobei der behandelnde Psychiater jedoch nicht eine mittelschwere, sondern eine anhaltend schwere depressive Störung diagnostizierte. Insoweit ist zum einen festzuhalten, dass die letztgenannte Diagnose nicht nachvollziehbar ist, fehlt es doch an objektiven psychopathologischen Befunden bzw. an einem detaillierten Psychostatus und damit an Hinweisen, welche auf eine invali-

denversicherungsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes deuten würden. Zum andern fällt auf, dass Dr. med. F. _____ seit jeher gravierendere psychiatrische Diagnosen (mit gänzlicher Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten) gestellt hat, als es aus gutachterlicher Sicht der Fall war, und er bereits früher wiederholt von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes berichtete, welcher Einschätzung sowohl seitens der Verwaltung wie auch des Gerichts jeweils nicht gefolgt wurde (vgl. etwa act. II 15; 39 S. 34; 49). Soweit er nun wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2006 attestiert, kann darauf schon deshalb nicht abgestellt werden, weil dies vom Verwaltungsgericht in VGE IV/2011/50 verworfen wurde (vgl. E. 3.4.2, act. II 78 S. 13). Davon abgesehen, räumt Dr. med. F. _____ selber ein, dass das psychische Leiden in den letzten Jahren im Wesentlichen unverändert geblieben sei (vgl. act. II 98 S. 3). Damit hat der Beschwerdeführer auch in psychiatrischer Sicht keine Veränderung respektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes im vorliegend massgebenden Zeitraum (vgl. E. 3.1 vorne) glaubhaft gemacht.

3.5 An dieser Schlussfolgerung ändern auch die Vorbringen in der Beschwerde vom 1. Juni 2016 nichts: Zwar trifft es zu, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. D. _____ im Juni 2010 nicht suizidal präsentierte (act. II 57 S. 7); in seiner Stellungnahme vom 19. Oktober 2010 (act. II 67) hielt der Gutachter jedoch fest, dass eine rezidivierende depressive Störung Schwankungen zeigen könne (S. 2), was im Vergleich zu den Angaben von Dr. med. F. _____ im Bericht vom 5. Oktober 2015, wonach das psychische Leiden „phasenweise verschlechtert“ sei mit „verstärkter Suizidalität“, keinen wesentlichen Unterschied darstellt. Im Übrigen hatte Dr. med. F. _____ bereits im Bericht vom 5. September 2009 (act. II 49 S. 2 f.) „anhaltende Suizidgedanken“ vermerkt (S. 3), weshalb auch dieser Umstand dem Gutachter bekannt und mithin auch vom der Verfügung vom 16. Dezember 2010 zugrundeliegenden Sachverhalt erfasst ist. Im Weiteren ist es zwar grundsätzlich richtig, dass die Intensität eines Leidens – wie etwa die Chronifizierung einer psychischen Störung – neuanmeldungsrechtlich relevant sein kann, soweit sie sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Indes lässt sich den Berichten der Dres. med. H. _____ und F. _____ nicht ansatzweise entnehmen,

inwieweit die Befundlage den Schluss auf die geltend gemachte weitere Intensivierung und Chronifizierung der Beschwerden im Vergleich zum Zustand am 16. Dezember 2010 zulässt, zumal spätestens seit 2008 von einer Chronifizierung ausgegangen wird (vgl. act. II 39 S. 34) und auch Dr. med. D._____ im Gutachten vom 29. Juni 2010 (act. II 57) auf eine chronifizierte Schmerzproblematik hingewiesen hat (S. 9). Ferner ändert auch der pauschale Hinweis, die durchgeführten Therapien hätten trotz guter Kooperation zu keiner Besserung des Gesundheitszustandes geführt, an der fehlenden Glaubhaftmachung einer gesundheitlichen Verschlechterung nichts, wird doch das Therapiesetting nicht weiter konkretisiert. So dann ist die mit BGE 141 V 281 hinsichtlich psychogener Leiden geänderte Rechtsprechung erst in einem zweiten Schritt – im Rahmen der materiellen Behandlung der Neuanmeldung – zu berücksichtigen, weshalb allfällige Auswirkungen dieser neuen Rechtspraxis vorliegend unbeachtlich bleiben.

3.6 Unter den darlegten Umständen ist der Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. G._____ zu folgen, wonach in medizinischer Hinsicht keine Veränderung seit der letzten (massgebenden) Verfügung vom 16. Dezember 2010 vorliegt (act. II 102 S. 2). Indem schliesslich eine Verpflichtung der IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben nur dann besteht, wenn den – für sich allein genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden – Arztberichten konkrete Hinweise darauf entnommen werden können, dass möglicherweise eine mittels weiterer Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt (Entscheid des BGer vom 10. Juni 2014, 8C_531/2013, E. 4.1.4), bestand für die Beschwerdegegnerin keine Pflicht zu weiteren, vom Beschwerdeführer eventuell beantragten medizinischen Abklärungen, woran nichts ändert, dass die letzte umfassende Überprüfung des medizinischen Sachverhalts bereits einige Jahre zurückliegt.

3.7 Nach dem Dargelegten ist eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem 16. Dezember 2010 (act. II 70) nicht glaubhaft gemacht. Damit ist die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 3. Mai 2016 (act. II 109) nicht zu beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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