

200 17 815 IV
KOJ/ZID/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 3. Januar 2018

Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 31. Juli 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1975 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im September 2009 unter Hinweis auf Rückenprobleme erstmals bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Gestützt auf Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht wies die IVB das Leistungsgesuch mit Verfügung vom 14. Dezember 2009 (AB 19) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ab. Auf Beschwerde hin (AB 21) bestätigte das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 6. Juli 2010, IV/2010/121 (AB 28), diese Verfügung.

B.

Im Dezember 2012 meldete sich der Versicherte wieder bei der IVB zum Leistungsbezug an. Zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung verwies er auf ein Rückenleiden (Diskushernie) und eine depressive Symptomatik (AB 31). Nach Eingang aktueller Arztberichte veranlasste die IVB eine arbeitsmarktlich-medizinische Abklärung (AMA; AB 59, 65, 72) vom 25. Juni bis 21. Juli 2013, welche vorzeitig per 9. Juli 2013 abgebrochen wurde (AB 71, 77). Nach Aufforderung zur Schadenminderung (AB 110) wurde eine berufliche Grundabklärung vom 11. Mai bis 10. August 2015 (AB 113, 115) angeordnet, welche per 22. Juni 2015 abgebrochen wurde (AB 128, 131). In der Folge wies die IVB das Leistungsbegehren in Bezug auf berufliche Massnahmen wegen Verweigerung der Mitwirkungspflicht mit Verfügung vom 28. September 2015 (AB 138) ab.

Gestützt auf ein bidisziplinäres Gutachten (psychiatrisches Gutachten vom 4. Mai 2016 [AB 147.1], rheumatologisches Gutachten vom 5. Juni 2016 [AB 149.1], interdisziplinäre Beurteilung vom 4. Mai 2016 [AB 150]) verneinte die IVB mit Verfügung vom 26. September 2016 auch den Anspruch

auf eine Invalidenrente (AB 157). Diese Verfügungen blieben unangefochten.

C.

Am 23. Januar 2017 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an mit dem Hinweis, an einer beruflichen Integration (Arbeitstraining) interessiert zu sein (AB 158). Aufforderungsgemäss (AB 156) reichte er medizinische Unterlagen nach (AB 161). Mit Vorbescheid vom 15. März 2017 (AB 162) stellte die IVB das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Bezug auf berufliche Massnahmen in Aussicht. Mit Vorbescheid vom 19. Mai 2017 (AB 168) stellte sie auch ein Nichteintreten in Bezug auf das Rentenbegehren in Aussicht. Mit Verfügungen vom 23. Mai 2017 (berufliche Massnahmen; AB 169) und – nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 176) – vom 31. Juli 2017 (Rente; AB 177) verfügte die IVB wie in den Vorbescheiden in Aussicht gestellt.

D.

Nachdem der Versicherte bereits die Verfügung vom 23. Mai 2017 betreffend berufliche Massnahmen (AB 169) angefochten hatte (AB 172; vgl. Verfahren IV/2017/592), liess er, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 14. September 2017 auch gegen die Verfügung vom 31. Juli 2017 betreffend Rente (AB 177) Beschwerde erheben. Dabei beantragte er, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm eine Invalidenrente zu gewähren, eventualiter sei die Sache zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, dass sich seine medizinische Situation seit dem ablehnenden Rentenbescheid vom 26. September 2016 (AB 157) wesentlich verschlechtert habe. Gleichzeitig beantragte er die unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt. Hierzu reichte er am 27. September 2017 Unterlagen nach.

Mit Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2017 beantragte 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 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. 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 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 31. Juli 2017 (AB 177). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neu Anmeldung vom 23. Januar 2017 (AB 158) zu Recht nicht eingetreten ist. Nicht einzutreten ist hingegen auf die Beschwerde, soweit eine Rentenzusprechung beantragt wird; der materielle Leistungsanspruch bildet nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung, weshalb es insoweit an einem Anfechtungsobjekt fehlt (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164).

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 vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [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). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). 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 re-

spektieren 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 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. Wird in der Neuanmeldung (oder dem Revisionsgesuch) kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69).

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

2.5 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Zu prüfen ist, ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht ist. Dabei ist der Sachverhalt zur Zeit der (unangefochten gebliebenen) Verfügung vom 26. September 2016 (AB 157) zu vergleichen mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2017 (AB 177) entwickelt hat (vgl. E. 2.5 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 26. September 2016 (AB 157) stützte sich massgeblich auf das bidisziplinäre (rheumatologische/psychiatrische) Gutachten der Dres. med. C._____, Facharzt für Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 5. Juni 2016 (AB 149.1) und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. Mai 2016 (AB 147.1) bzw. deren interdisziplinäre Beurteilung (AB 150). Diesem voll beweiskräftigen Gutachten zufolge (vgl. dazu eingehend das Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 9. November 2017, IV/2017/592, E. 3.4) litt der Beschwerdeführer damals (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) an einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00; AB 147.1/14), welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von (höchstens) 15 % für jegliche Tätigkeiten nach sich zog (AB 147.1/20), sowie an einem lumbospondylogenen Syndrom (AB 149.1/36), das eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % bewirkte (AB 150); unter Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen den psychischen und somatischen Faktoren wurde bei einer an die Wirbelsäule adaptierten Tätigkeit gesamtmedizinisch von einer Arbeitsunfähigkeit von maximal 30 % ausgegangen (AB 150).

3.3 Die medizinische Situation präsentiert sich seit Erlass der Verfügung vom 26. September 2016 (AB 157) im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Mit Bericht vom 23. Januar 2017 wies Dr. med. E. _____ darauf hin, der Beschwerdeführer befinde sich in der F. _____ in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Er leide an chronischen Depressionen sowie an einem Bandscheibenvorfall mit massiven Einschränkungen im Alltag. Der psychische und körperliche Zustand stagniere und die Integration in der freien Wirtschaft sei nicht möglich (AB 158/1).

Mit weiterem Bericht vom 16. Februar 2017 diagnostizierte Dr. med. E. _____ eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) bei langjährigen chronischen Rückenschmerzen. Seit dem negativen IV-Entscheid habe sich der psychische Zustand zunehmend verschlechtert; es bestehe eine zunehmende depressive Stimmung, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Der Beschwerdeführer sehe aufgrund seiner Haupterkrankung (Rückenproblematik) keine Perspektiven im Leben (AB 161/1).

Mit Bericht vom 14. Juni 2017 präziserte Dr. med. E. _____, der Beschwerdeführer befinde sich seit 2013 in ambulanter psychiatrischer Behandlung in der F. _____. Aufgrund der (bekannten) körperlichen und psychischen Erkrankung habe er Schwierigkeiten, sich beruflich zu integrieren. Im Jahr 2017 habe sich sein psychischer Zustand (trotz Behandlung) kontinuierlich verschlechtert. Es sei eine zunehmende depressive Symptomatik vorhanden (Verzweiflung, Enttäuschung, Schlafstörungen und Verlust der Lebensfreude). Aus gesundheitlichen Gründen und fehlenden Qualifikationen sei er eingeschränkt, (auch teilweise) eine angepasste Tätigkeit zu finden. Er sei zu 60 % arbeitsunfähig in der freien Wirtschaft. Aus psychiatrischer Sicht seien alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft (AB 170/3).

3.3.2 Der den Beschwerdeführer seit November 2016 als Hausarzt behandelnde Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, übernahm im Bericht vom 3. Januar 2017 die (aktuellen) Diagnosen eines lumbospondylogenen Syndroms und einer depressiven Verstimmung (AB 161/2) und schrieb den Beschwerdeführer mit Zeugnis vom 16. Februar 2017 bis 31. Mai 2017 zu 100 % arbeitsunfähig (AB 161.4).

Mit weiterem Zeugnis vom 14. Juni 2017 schrieb der Hausarzt den Beschwerdeführer "ohne weitere Vorinformation" und auf eine entsprechende Bitte hin aus somatischer Sicht zu 50 bis 60 % arbeitsunfähig (AB 170/4).

Mit Bericht vom 5. Juli 2017 präzisierte der Hausarzt die somatische Situation dahingehend, dass sich schon im Februar ein Bandscheibenleiden HWK 3/3 und 4/5 und im Juni 2016 degenerative Veränderungen LWK 4/5 und eine Diskusprotrusion LWK 4/5 hätten finden lassen (dazu MR Wirbelsäule vom 6. Juni 2016 [AB 173/2]: leicht grössenprogrediente Diskusprotrusion LWK 4/5 mediolateral rechts mit Verlagerung und Kompression der L5-Wurzel rechts sowie unveränderte, aktivierte Osteochondrose LWK 4/5). Bei der Befragung und Untersuchung sei ein Patient vorgefunden worden, der völlig auf seine Beschwerden und Schmerzen der Wirbelsäule fixiert gewesen sei; der Beschwerdeführer habe Genese und Therapiemöglichkeiten negativ beurteilt, zumal auch eine massive Schmerzpersistenz vorhanden sei (AB 173/1).

3.3.3 Gemäss Stellungnahme der RAD-Ärztin med. pract. H._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 27. Juli 2017 könne eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit den spärlich vorgetragenen Berichten von Ärzten, die nicht über Facharztstitel für Psychiatrie bzw. das muskuloskelettale System verfügten, aus rein medizinischer Sicht nicht belegt werden. Mögliche Entzugsschmerzen bei bekanntem Alkoholabusus, welche durchaus auch den von den behandelnden Ärzten geschilderten frustranen Behandlungsverlauf erklären könnten, seien nicht über die IV versichert (AB 176).

3.4 Soweit vorliegend der Beschwerdeführer vorbringt, eine gesundheitliche Verschlechterung sei mit den Berichten seiner behandelnden Ärzte (vgl. E. 3.3.1 f. hiavor) glaubhaft gemacht, kann ihm nicht gefolgt werden.

3.4.1 Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass schon unmittelbar vor der psychiatrischen Begutachtung durch den Facharzt Dr. med. D.____ (AB 147.1; vgl. E. 3.2 hiavor) die den Beschwerdeführer auf diesem Fachgebiet behandelnde Dr. med. E._____ im Zusammenhang mit einer beruflichen Grundabklärung durch die Beschwerdegegnerin (vgl. AB 113, 115) eine deutliche Verschlechterung des psychischen Zustands und eine

deutliche Zunahme der depressiven Symptomatik geltend machte, weshalb ein stationärer Klinikaufenthalt angestanden habe (Schreiben vom 3. Juli 2015; AB 126/2). Dem entsprechenden Austrittsbericht vom 28. Juli 2015 (AB 137) zufolge war der Beschwerdeführer aufgrund einer zunehmenden depressiven Symptomatik bzw. einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), auf freiwilliger Basis vom 10. bis 28. Juli 2015 in stationärer Behandlung und habe alsdann im verbesserten psychischen Zustand und auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen werden können.

Mit Blick insbesondere auf das psychiatrischen (Teil-)Gutachten (AB 147.1) ergibt sich indessen vielmehr der Eindruck eines Versicherten, der zwar aus somatischer Sicht Eingriffe zu verzeichnen gehabt hat (vgl. E. 3.2 hier-vor), diese jedoch nun zusammen mit eher bescheidenen psychischen Problemen aggravierend wenn nicht gar simulierend vorträgt, um sozial-staatliche Leistungen zu erhalten (vgl. zum Ganzen bereits VGE IV/2017/592 E. 3.4.2). So war sein Verhalten weder in der medizinischen Behandlung noch im privaten Setting konsistent. Die geschilderten psychischen Beschwerden waren mit der von der hauptsächlich behandelnden Ärztin Dr. med. E. _____, die über keinen Facharztstitel in Psychiatrie verfügt, gestellten Diagnose der Depression – insbesondere auch vor dem Hintergrund der diagnostischen Leitlinien – in keiner Weise in Übereinstimmung zu bringen. So gab der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung z.B. an, zwar Angst vor Menschen zu haben, gleichzeitig auf Nachfrage hin jedoch auch, er habe keine Probleme mit dem Tram-Fahren, weiter blieben die angeblichen Probleme in der Familie vollständig im Unklaren und es wurden diesbezüglich auch widersprüchliche (andere) Angaben gemacht. Schliesslich war gemäss den Darstellungen des Beschwerdeführers selbst anlässlich der Begutachtung im privaten Bereich die Interaktion durchaus gegeben. Die (bereits erwähnte [AB 137] sowie eine frühere [AB 76/2]) stationäre bzw. teilstationäre psychiatrische Behandlung standen in einem unmittelbaren Konnex zu beruflichen Massnahmen, anlässlich welcher er Compliance hätte beweisen müssen. Eine nachvollziehbare psychiatrische Grundlage für die Eintritte war nicht auszumachen. Tatsächlich haben die stationären Behandlungen nicht lange gedauert; vielmehr wurde der Beschwerdeführer in der Regel nach wenigen (Behand-

lungs-)Tagen auf eigenen Wunsch und ohne ärztliche Vorbehalte wieder entlassen. Im Rahmen der beruflichen Grundabklärung wurde die Einweisung in die Tagesklinik bereits am 26. Juni (AB 124/1) bzw. 3. Juli 2015 (AB 126/2) thematisiert (vgl. auch AB 131/11, wonach der Beschwerdeführer von einem Psychiater der F._____ bereits ab 22. Juni 2015 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden ist), dann aber erst am 10. Juli 2015 durchgeführt (AB 137/1). Solcherlei wäre indessen bei einer schwerwiegenden Störung vom medizinischen Standpunkt aus kaum verantwortbar gewesen.

3.4.2 Mit Neuanmeldung vom 23. Januar 2017 verwies Dr. med. E._____ auf eine Stagnation des psychischen (und körperlichen) Zustands des Beschwerdeführers (AB 158/1; vgl. E. 3.3.1 hiervor). Damit spricht sie sich implizit gegen eine Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers aus. In Bezug auf die von ihr im gleichen Schreiben diagnostizierten chronischen Depressionen gilt es auf das unter E. 3.4.1 hiervor Ausgeführte zu verweisen, wonach sich der psychiatrische Gutachter mit dem Schweregrad des depressiven Geschehens des Beschwerdeführers eingehend auseinandergesetzt und in nachvollziehbarer Weise (höchstens) eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und leichtgradiger Episode diagnostiziert hat. Unter Berücksichtigung dessen, dass zwischen der Neuanmeldung und der Fertigstellung des psychiatrischen (Teil-)Gutachtens (4. Mai 2016; AB 147.1) lediglich etwas mehr als ein halbes Jahr verstrichen ist, rechtfertigt sich ein Hinweis auf die ständige Rechtsprechung zur unterschiedlichen Natur des Behandlungsauftrages eines therapeutisch tätigen Facharztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits: Diese unterschiedliche Natur lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Letzteres ist vorliegend nicht der Fall; hinzu kommt, dass die be-

handelnde Dr. med. E. _____ ohnehin nicht über einen Facharzttitel in Psychiatrie verfügt.

Mit weiterem Bericht vom 16. Februar 2017 bezieht sich Dr. med. E. _____ alsdann allgemein auf die mehrjährige Behandlung der rezidivierenden depressiven Störung bei chronischen Rückenschmerzen und weist auf eine psychische Verschlechterung nach dem letzten abweisenden Entscheid hin (AB 161/1; vgl. E 3.3.1 hiervor). Insoweit ist das verschlechterte depressive Geschehen als unmittelbare Folge einer externen Belastung und damit als reaktiv zu sehen, in welchem Fall nach ständiger Rechtsprechung kein invalidisierender Gesundheitsschaden angenommen werden kann (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299).

Der Bericht vom 14. Juni 2017 (AB 170/3; vgl. E. 3.3.1 hiervor) schliesslich lässt eher auf verstärkte psychosoziale Belastungsfaktoren denn auf ein krankheitswertiges depressives Geschehen schliessen. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR

2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

3.4.3 Auch der Hausarzt – und als solcher Allgemeinmediziner und weder Facharzt für Orthopädie noch für Neurologie – attestierte bei unveränderten Diagnosen (vgl. AB 161/2) rund ein halbes bis ein Jahr nach dem Gutachten (vgl. E. 3.2 hiervor) durchwegs eine höhere Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.3.2 hiervor), dies jedoch auf eine entsprechende Bitte hin und "ohne weitere Vorinformation" (AB 170/4). In diesem Zusammenhang rechtfertigt sich zudem der Hinweis, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

In den weiteren Berichten des Hausarztes (AB 161, 173) finden sich darüber hinaus keine Hinweise auf eine somatisch begründete Veränderung bzw. Verschlechterung seit September 2016. Insbesondere waren das von ihm erwähnte Bandscheibenleiden HWK 3/4 und 4/5 sowie die degenerative Veränderung LWK 4/5 und die Diskusprotusion LWK 4/5 (vgl. AB 173/1 Ziff. 2 f.) dem rheumatologischen Gutachter hinlänglich bekannt (vgl. AB 149.1/3 ff.). Das vom Hausarzt in diesem Zusammenhang eingereichte MRI von 6. Juni 2016 (datiert vom 4. Juli 2017; AB 173/2) spricht denn auch bloss von einer leicht grössenprogredienten Diskusprotrusion LWK 4/5 mediolateral rechts mit Verlagerung und Kompression der L5-Wurzeln rechts sowie einer unveränderten, aktivierten Osteochondrose LWK 4/5.

3.4.4 Auch der RAD hält in der Stellungnahme vom 27. Juli 2017 (AB 176) nachvollziehbar fest, dass eine Verschlechterung nicht ersichtlich sei.

3.5 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerdegegnerin mangels Glaubhaftmachens einer massgeblichen Tatsachenänderung auf die Neu-anmeldung vom 23. Januar 2017 (AB 158) zu Recht nicht eingetreten. Dementsprechend ist die gegen die Verfügung vom 31. Juli 2017 (AB 177) erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 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 (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1). Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Praxis Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen oder aber davon absehen würde (BGE 140 V 521 E. 9.1 S. 537).

Gestützt auf den kurzen Vergleichszeitraum und die entsprechend hohen Anforderungen an das Glaubhaftmachen (vgl. E. 2.2 hiavor) sowie mit Blick die wenigen und zudem auch nicht von Fachärzten hier interessierenden Fachgebiete verfassten Arztberichte, welche denn auch keine neuen Aspekte benennen (vgl. E. 3.4.2 f. hiavor), erweisen sich die Aussichten auf einen Prozessgewinn als äusserst gering; eine Person ohne Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege hätte sich bei dieser Sachlage zweifellos nicht zum Prozess entschieden. Demgemäss ist das vorliegende Verfahren

als aussichtslos zu qualifizieren und das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege abzuweisen.

4.2 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 Verfahrenskosten sind vorliegend auf Fr. 200.-- festzusetzen (vgl. Beschluss der erweiterten Abteilungskonferenz vom 30. Mai 2006) und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

4.3 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG sowie Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird abgewiesen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 200.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt 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.