

200 19 893 IV
JAP/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 25. März 2020

Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwälte B. _____ und Dr. C. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Oktober 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1982 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 12. Juni 2015 unter Hinweis auf seit dem 10. Februar 2015 bestehende psychische Probleme und eine seitherige vollständige Arbeitsunfähigkeit bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Nach getätigten Abklärungen und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 80, 82 ff.) verneinte die IVB insbesondere gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS I._____ AG (nachfolgend MEDAS) vom 7. März 2017 (AB 79.1) mit Verfügung vom 13. Juni 2017 (AB 86) mangels invalidenversicherungsrelevanter gesundheitlicher Beeinträchtigung einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 87/3) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 24. Januar 2018, IV/2017/651 (AB 93), ab.

B.

Am 18. Juli 2019 (AB 96) meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Mit Vorbescheid vom 9. August 2019 (AB 100) stellte diese in Aussicht, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten, da lediglich eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustandes vorliege. Nach hiergegen erhobenem Einwand (AB 106, 109) verfügte die IVB am 17. Oktober 2019 (AB 110) dem Vorbescheid entsprechend.

C.

Mit Eingabe vom 21. November 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch die Rechtsanwälte B._____ und Dr. C._____, hiergegen Beschwerde. Er beantragt, der Nichteintretensentscheid vom 17. Oktober

2019 (AB 110) sei aufzuheben und die Sache sei zur materiellen Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2020 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. 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; vgl. auch Sendungsverfolgung der Schweizerischen Post [in den Gerichtsakten]) 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 17. Oktober 2019 (AB 110). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuankündigung vom 18. Juli 2019 (AB 96) zu Recht nicht eintrat.

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 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, 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). Dies gilt 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). 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 Neuanmeldung 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).

2.3 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).

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).

2.5 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 (SVR 2017 IV Nr. 57 S. 188 E. 2.2, 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

3.

3.1 Zu beurteilen ist vorliegend, ob der Beschwerdeführer glaubhaft gemacht hat, dass sich der Sachverhalt in der Zeit zwischen dem Erlass der Verfügung vom 13. Juni 2017 (AB 86) und der angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2019 (AB 110) in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise verändert hat.

3.2 Im Wesentlichen gestützt auf das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 7. März 2017 (AB 79.1) verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 13. Juni 2017 (AB 86) mangels invalidenversicherungsrelevanter gesundheitlicher Beeinträchtigung einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

Im Gutachten wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 39 Ziff. 6.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden u.a. ein subjektives Erschöpfungssyndrom unklarer Ätiologie, aktuell ohne Hinweise für eine internistische, infektiologische, neurologische oder somnologische Ursache, eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie ein Status nach EBV-Infektion (Ebstein-Barr-Virus; Ziff. 6.2). Was die Diagnose eines Chronic Fatigue Syndromes (CFS) betreffe, erfülle der Versicherte definitionsgemäss einige Kriterien eines CFS, die Diagnose könne aber nicht gestellt werden, zumindest liege keine invalidisierende Form der Erkrankung vor. Es erscheine nämlich nicht plausibel, dass er einerseits anamnestisch angebe, seit 2007 an einem CFS zu leiden, jedoch andererseits von Juni 2007 bis Juni 2010 eine dreijährige Lehre zum ... erfolgreich abschliessen konnte. Zudem habe der Versicherte angegeben, dass er nach der EBV-Infektion ca. alle zwei bis drei Monate (bzw. ca. viermal im Jahr) an nicht-fieberhaften Infekten gelitten habe. Dazwischen sei es ihm gut gegangen. Dies stelle eine Diskrepanz zur Diagnose eines CFS dar (S. 46 Ziff. 7.5). Die klinischen allgemein-internistischen und neurologischen Untersuchungsbefunde seien unauffällig, ebenso die Zusatzuntersuchungen. Neuropsychologisch fänden sich isolierte Leistungseinbussen im Bereich der attentionalen Funktionen: eine ungenügende gerichtete Aufmerksamkeitsleistung sowie Alertness, eine verlangsamte Reaktionsgeschwindigkeit in der selektiven Aufmerksamkeitsleistung und eine quantitativ unterdurchschnittliche Konzentrationsleistung. Die geteilte Aufmerksamkeit sei grenz-

wertig. Die Resultate der Fragebogen zur Selbsteinschätzung bezüglich einer motorischen und kognitiven Fatigue würden in Richtung einer schweren Ermüdung weisen. Eine ebensolche schwere Ermüdung sei aber während der zweieinhalbstündigen neuropsychologischen Untersuchung nicht zu erkennen gewesen. Die Aufmerksamkeits- und Konzentrationseinbussen liessen sich als leichte kognitive Störung umschreiben. Es fänden sich leichte Minderleistungen mehrerer kognitiver Teilfunktionen bei ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht gebe es derzeit keine Hinweise für ein rentenrelevantes Leiden, insbesondere könne eine Depression oder Angststörung ausgeschlossen werden (S. 48 f. Ziff. 1). Die zu objektivierenden Gesundheitsschädigungen würden beim Versicherten zu keinen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führen, weder in der angestammten noch in einer anderen entsprechenden Tätigkeit (S. 49 Ziff. 2). Die leichte kognitive Störung lasse sich neuropsychologisch nicht abschliessend einordnen. Eine Erschöpfung, eine schlechte Schlafqualität wie auch psychische Symptome könnten eine ebensolche unspezifische Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung bedingen (Ziff. 3). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... sei der Versicherte zu 100% arbeitsfähig. Retrospektiv könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass er ausser den vorübergehenden krankheits-, hospitalisations- und rekonvaleszenzbedingten Zeiten einer vollen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit seit 2007 stets uneingeschränkt zu 100% arbeitsfähig gewesen sei (S. 54 Ziff. 1).

Das Verwaltungsgericht sprach dem Gutachten in VGE IV/2017/651 (AB 93) volle Beweiskraft zu und stellte darauf ab (E. 3.3). Das Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

3.3 Was den medizinischen Sachverhalt seit der Verfügung vom 13. Juni 2017 (AB 86) betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.3.1 Vom 25. Oktober bis zum 18. November 2017, vom 28. März bis zum 18. April 2018 und vom 25. April bis zum 17. Mai 2018 befand sich der Versicherte jeweils im Spital D. _____ in stationärer Abklärung und Behandlung, vom 12. Dezember 2017 bis zum 9. Februar 2018 erfolgten ein teilstationärer Aufenthalt und vom 26. September bis zum 2. Oktober 2017

ambulante Behandlungen. In den Austrittsberichten vom 5. Dezember 2017 (AB 98/7), 14. Mai 2018 (AB 98/1) und 22. Juni 2018 (AB 106/22) sowie dem Bericht der Klinik F. _____ vom 8. März 2018 (AB 106/18) und dem Bericht betreffend die ambulanten Behandlungen vom 24. Oktober 2017 (AB 98/15) wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, ein chronisches Müdigkeitssyndrom, eine rezidivierende depressive Störung sowie ein makulopapulöses Exanthem sternal diagnostiziert.

3.3.2 In der ärztlichen Stellungnahme der psychiatrischen Dienste G. _____ AG vom 18. Juli 2019 wurde ausgeführt, der Versicherte befinde sich seit dem 3. August 2018 wegen eines CFS (ICD-10 G9.3) und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Er möchte aufgrund einer wesentlichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes wegen der genannten Diagnosen ein neues Leistungsgesuch stellen. Gemäss den Angaben des Versicherten habe sich seine Belastbarkeit seit 2018 weiter reduziert und schwanke stark, so dass er während des Tages vorwiegend morgens maximal zwischen einer und zwei Stunden aktiv sein könne, in denen er die lebensnotwendigen Aufgaben (Körperpflege, Haushalt, Besorgungen) bewältige, dann aber die übrige Zeit zur Erholung benötige. An manchen Tagen sei die Leistungsfähigkeit so stark reduziert, dass er den ganzen Tag schlafen müsse. Zusätzlich bestehe eine rezidivierende depressive Störung, welche eine stationäre Behandlung vom 28. März bis 18. April 2018 notwendig gemacht habe und seit Herbst medikamentös behandelt werde. In Phasen vermehrter körperlicher Symptomatik sei die depressive Störung verstärkt, so dass auch intermittierend passive Suizidgedanken bestünden, da der Versicherte aufgrund seiner persistierend reduzierten Leistungsfähigkeit nicht erwerbstätig sein könne, erkrankungsbedingt das Sozialleben stark eingeschränkt sei und er keine Zukunftsperspektive mehr sehe (AB 96/1).

In der Stellungnahme der psychiatrischen Dienste vom 2. September 2019 wurde ausgeführt, der Einschätzung der Beschwerdegegnerin, wonach es sich „lediglich um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustandes“ handle, müsse widersprochen werden. Seit

2018 habe sich die Belastbarkeit weiter reduziert, so dass im Gegensatz zu den Jahren 2017 und 2018 nun keine sportliche Betätigung mehr möglich sei; beschwerdebedingt habe eine starke Einschränkung der sozialen Aktivitäten stattgefunden und der Versicherte habe aufgrund von Erschöpfung und fehlender Aufmerksamkeit seine Aktivitäten weiter reduzieren müssen. Auch sei die bereits vorgängig seit Februar 2016 bestehende rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode, so stark ausgeprägt, dass seit Herbst 2018 eine antidepressive Medikation notwendig geworden sei (AB 106/3).

3.4

3.4.1 Wie bereits unter E. 3.2 hiavor dargelegt, sprach das Verwaltungsgericht dem MEDAS-Gutachten vom 7. März 2017 (AB 79.1) in VGE IV/2017/651 (AB 92) volle Beweiskraft zu und stellte darauf ab (E. 3.3). Daher ist – soweit der Beschwerdeführer das Gutachten kritisiert (Beschwerde S. 5 f. Ziff. 13 ff.) – dies nicht zu hören und unerheblich, dass das Verwaltungsgericht offen gelassen hat, ob die Gutachter letztlich zu Recht das Vorliegen eines CFS ausschlossen oder nicht (vgl. E. 3.3 in fine und 3.8 des erwähnten Urteils). Massgebend ist im vorliegenden Kontext als Ausgangslage allemal die medizinische Situation gemäss der damaligen MEDAS-Beurteilung. Der Beschwerdeführer räumt denn auch selbst ein, dass die von ihm geltend gemachten „Widersprüche und Ungereimtheiten“ im vorliegenden Fall nicht „unmittelbar“ relevant sind (Beschwerde S. 6 Ziff. 17). Soweit die Ärzte nach dem Referenzzeitpunkt vom 13. Juni 2017 ein CFS bzw. ein „chronisches Müdigkeitssyndrom“ diagnostizierten (AB 96/1, 98/1 Ziff. 2, 98/7 Ziff. 2, 98/15 Ziff. 1, 106/18 Ziff. 2, 106/22 Ziff. 2), handelt es sich um eine unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel unerhebliche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Ist kein CFS bzw. kein „chronisches Müdigkeitssyndrom“ ausgewiesen, kann eine wesentliche Änderung auch nicht mit dem dieser Erkrankung inhärenten progredienten Charakter bzw. dem in der wissenschaftlichen Literatur beschriebenen progressiven Verlauf (Beschwerde S. 6 Ziff. 18) begründet werden.

3.4.2 Die Beschwerdegegnerin führte in der Verfügung vom 17. Oktober 2019 (AB 110) aus, mit der Neuanmeldung werde keine Veränderung glaubhaft gemacht und es handle sich lediglich um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustandes. Dieser Ansicht kann – abgesehen vom CFS (vgl. E. 3.4.1 hiervor) – nicht gefolgt werden:

Aus den stationären, teilstationären und ambulanten Aufenthalten und Behandlungen (AB 98/1, 98/7, 98/15, 106/18 und 106/22) kann für sich allein zwar keine relevante Gesundheitsverschlechterung abgeleitet werden. Selbst wenn in diesen Phasen medizinisch-theoretisch jeweils eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden haben sollte (was offen bleiben kann), dauerten sie nicht ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV; SVR 2017 IV Nr. 71 S. 220 E. 2.3.1). Immerhin kann jedoch die Indikation für diese stationären, teilstationären und wohl auch ambulanten Behandlungen als ein Indiz für eine im längeren Verlauf eingetretene Exazerbation der subjektiv geklagten Beschwerdesymptomatik bzw. für einen gesteigerten Leidensdruck gewertet werden.

Was die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung (AB 96/1, 98/1 Ziff. 3, 98/7 Ziff. 3, 98/15 Ziff. 2, 106/18 Ziff. 3 und 106/22 Ziff. 3) anbelangt, verhält es sich indes anders als beim CFS (vgl. E. 3.4.1 hiervor). Zwar wurde eine entsprechende Diagnose ebenfalls bereits früher postuliert (vgl. u.a. AB 12/1 Ziff. 1.1, 31/1 Ziff. 1.1), wobei die Gutachter der MEDAS von einer (blossen) Dysthymia (ICD-10 F34.1) ausgingen (AB 79.1/45 Ziff. 7.3 f., 79.1/51 Ziff. 2). Daraus folgt jedoch nicht, dass jegliche nach dem Referenzzeitpunkt diagnostizierte affektive Störung unbeachtlich ist. Denn die behandelnden Ärzte wiederholten in den nach Juni 2017 datierenden Berichten nicht bloss die frühere Diagnose, sondern setzten sich durchaus mit dem revisions- bzw. neuanmeldungsrechtlichen Beweisthema auseinander. So wurde in der Stellungnahme der psychiatrischen Dienste vom 2. September 2019 (AB 106/3) beispielsweise explizit angegeben, seit 2018 habe sich die Belastbarkeit weiter reduziert, sportliche Betätigungen seien nicht mehr möglich und beschwerdebedingt habe eine starke Einschränkung der sozialen Aktivitäten stattgefunden. Auch in der Stellungnahme der psychiatrischen Dienste 18. Juli 2017 wurde eine Zustandsverschlechterung seit

Herbst 2018 (AB 96/1) beschrieben. Wenngleich der Beschwerdeführer bereits anlässlich der MEDAS-Exploration im September/Oktober 2016 erklärt hatte, sein Leben sei vollständig von der tiefen Erschöpfung und Überforderung dominiert (AB 79.1/35 Ziff. 5.3) und er habe frühere Hobbies (... , ..., „...“, ... und ... aufbauen) aufgegeben (AB 79.1/16 Ziff. 3.1.3; vgl. auch AB 79.1/53 Ziff. 3), hatte er damals immerhin noch Ressourcen zum ..., zum ..., zum ... (AB 79.1/21 Ziff. 3.4) und zur Pflege gewisser sozialer Kontakte (AB 79.1/50 Ziff. 1). Insoweit scheint eine Zustandsverschlechterung zwar noch nicht anhand eines sorgfältig erhobenen psychopathologischen Befundes ausgewiesen, zumal sich die behandelnden Ärzte der psychiatrischen Dienste hauptsächlich an den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers orientierten. Mit den besagten Berichten bestehen aber wenigstens weitere Indizien für eine Sachverhaltsänderung.

Hinzu kommt die neu diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (98/1 Ziff. 1, 98/7 Ziff. 1, 98/15 Ziff. 1, 106/18 Ziff. 1 und 106/22 Ziff. 1), welche nicht nur aus allgemein-internistischer Optik in Betracht gezogen (AB 98/1 Ziff. 1), sondern auch von Dr. med. E. _____ als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie gestellt wurde (AB 98/7 Ziff. 1), womit die fachliche Qualifikation der Dr. med. H. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (AB 100/2, 107), obsolet ist. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hinweist (AB 110/1), bedeutet eine weitere Diagnosestellung per se noch keine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsveränderung. Vorliegend beschrieb jedoch Dr. med. E. _____ des Spitals D. _____ eine spezifische Schmerzsymptomatik (AB 98/8), welche nicht mit dem bereits bekannten Beschwerdebild kongruent ist (AB 110/2), sich durchaus in funktionellen Einschränkungen niederschlägt und damit potentiell Auswirkung auf die (leistungsspezifische) Invalidität zeitigt (vgl. u.a. BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12).

3.5 Aufgrund des Dargelegten genügen unter Berücksichtigung des reduzierten Beweisgrades die im Neuanmeldungsverfahren ins Recht gelegten Berichte in der Gesamtschau den Anforderungen von Art. 87 Abs. 2 IVV und es ist damit eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Juni 2017 wenigstens glaubhaft gemacht. Damit ist in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 17. Oktober

2019 (AB 110) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur materiellen Anspruchsprüfung zurückzuweisen.

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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Die Bemessung der Parteientschädigung beurteilt sich nach kantonalem Recht (BGE 125 V 408 E. 3a S. 409; SVR 2019 KV Nr. 7 S. 51 E. 9.2). Dieses hat den bundesrechtlichen Anforderungen gemäss Art. 61 lit. g ATSG zu genügen. Nach Art. 13 der kantonalen Parteikostenverordnung vom 17. Mai 2006 (PKV; BSG 168.811) beträgt das Honorar in sozialversicherungsrechtlichen Klage- und Beschwerdeverfahren Fr. 400.-- bis Fr. 11'800.-- pro Instanz. Praxisgemäss ist dem Gericht bei der Festsetzung der Parteientschädigung ein weiter Ermessensspielraum einzuräumen. Im Rahmen seines Ermessens hat das Gericht für die Bestimmung der Höhe des Anwaltshonorars die Wichtigkeit und Schwierigkeit der Streitsache, den Umfang der Arbeitsleistung und den Zeitaufwand des Anwalts zu berücksichtigen (BGE 114 V 83 E. 4b S. 87; SVR 2019 IV Nr. 17 S. 53 E. 6.1).

Die Rechtsanwälte B._____ und C._____ machen in ihrer Kostennote vom 27. Januar 2020 ausgehend von einem zeitlichen Aufwand von 23.05 Stunden einen Aufwand von Fr. 6'322.-- inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer geltend. Unter Berücksichtigung des im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen gebotenen Aufwands erweist sich der geltend gemachte Zeitaufwand als zu hoch. Gleich verhält es sich mit den durch das unnötige Einreichen von zahlreichen Kopien der amtlichen Akten entstandenen Auslagen. Daher wird die Parteientschädigung pauschal auf Fr. 3'500.-- festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 17. Oktober 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur materiellen Anspruchsprüfung zurückgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwälte Sascha B. _____ und Dr. C. _____ 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.

Hinweis: Bezüglich einer allfälligen Verlängerung der oben erwähnten Frist siehe auch die Verordnung des Schweizerischen Bundesrats vom 20. März 2020 über den Stillstand der Fristen in Zivil- und Verwaltungsverfahren zur Aufrechterhaltung der Justiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus (COVID-19 [SR 173.110.4]).