

200 20 208 IV  
JAP/ISD/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 20. Mai 2020**

Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiber Isliker

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. Februar 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1973 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... und zuletzt als ... tätig, meldete sich erstmals im August 2016 unter Hinweis auf einen laufenden Alkoholentzug, Rücken- und Knie-schmerzen und psychische Probleme bei der Eidgenössischen Invaliden-versicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], act. II 1). Die IVB traf erwerbliche und medizini-sche Abklärungen, namentlich holte sie ein vom 1. Juni 2017 datierendes polydisziplinäres MEDAS-Gutachten ein (act. II 40.1), und verneinte mit Verfügung vom 14. November 2017 (act. II 50) einen Rentenanspruch.

### **B.**

Am 30. Oktober 2019 meldete sich der Versicherte abermals zum Leis-tungsbezug an (act. II 51). Nach Eingang verschiedener medizinischer Un-terlagen und Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 59 f.) trat die IVB – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (vgl. act. II 61) – mit Verfügung vom 14. Februar 2020 (act. II 62) mangels einer glaubhaft gemachten Veränderung des Gesundheitszustandes auf das Leistungsbegehren nicht ein.

### **C.**

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 10. März 2020 bzw. ver-besserter Eingabe vom 20. März 2020 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Rückweisung der Sa-che an die Beschwerdegegnerin, damit diese auf die Neuanmeldung eintre-te.

Mit Eingabe vom 22. März 2020 Stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für die Verfahrenskosten. In diesem Zu-

sammenhang reichte er zudem mit Eingaben vom 24. März bzw. 16. April 2020 weitere Unterlagen ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 30. April 2020 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 14. Februar 2020 (act. II 62). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Neuanmeldung vom 30. Oktober 2019 (act. II 51) 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** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades 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). 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).

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).

**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).

### **3.**

**3.1** Die letzte rechtskräftige materielle Beurteilung des Rentenanspruchs basiert auf dem Sachverhalt, wie er der Verfügung vom 14. November 2017 (act. II 50) zugrunde lag. Dementsprechend ist nachfolgend zu prüfen, ob im Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 14. Februar 2020 (act. II 62) eine Veränderung des medizinischen Sachverhaltes mit Auswirkung auf den Invaliditätsgrad bzw.

den Leistungsanspruch glaubhaft gemacht worden ist (vgl. E. 2.1, 2.4 hier-  
vor).

**3.2** Die Verfügung vom 14. November 2017 (act. II 50) stützte sich in  
medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS  
B.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: MEDAS) vom 1. Juni 2017 (act. II 40.1). In die-  
sem wurden als Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit  
eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) mit deutlichen schi-  
zoiden, anankastischen, zwanghaften und narzisstischen Zügen, ein chro-  
nisches Panvertebralsyndrom mit mehrsegmentalen aktiven Spondylar-  
throsen, Tendomyosen und Ligamentosen, eine Myopia magna mit Astig-  
matismus beidseits, ein Zustand nach mehrfacher Schieloperation und ein  
Strabismus divergens links mit Amblyopie und rotatorischem Nystagmus  
festgehalten (act. II 40.1/37 Ziff. 7.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit  
wurden eine periphere Oligarthralgie bei konstitutioneller Laxität, eine psy-  
chomotorische Störung (anamnestisch und gemäss Aktenlage), ein Status  
nach Inguinalhernienoperation beidseits, ein Status nach Kiefer- und Zahn-  
stellungsoperation, eine Bronchitis bei Nikotinabusus, ein Aethylabusus, ein  
Status nach Varizenstripping beidseits 2016, ein Status nach Nasen-  
Septum-Operation 12/2016 und ein Gewichtsverlust gemäss Angabe ohne  
ätiologische Erklärung diagnostiziert (act. II 40.1/37 f. Ziff. 7.2).

Aus internistischer Sicht bestehe die anamnestische Angabe der psycho-  
motorischen Störung seit der Geburt. Aktuell bestünden keine Befunde, die  
für eine Hemisymptomatik oder auch eine gesamtheitliche Schwäche  
sprächen. Ausserdem falle die ausgeprägte Suchtproblematik auf, nament-  
lich mit Nikotin und Alkohol, bei aktuell deutlich erhöhten Leberwerten. Auf  
dem orthopädischen Fachgebiet seien die festgestellten Funktionsstörun-  
gen als leichtgradig einzustufen. Es bestehe eine leicht verminderte stati-  
sche und dynamische Belastbarkeit der Wirbelsäule, der Kniegelenke und  
Füsse. Aus psychiatrischer Sicht bestehe beim Beschwerdeführer eine  
erhebliche Persönlichkeitsstörung. Dies bedeute bezüglich der Arbeits-  
fähigkeit und der sozialen Teilhabe eine schwere Einschränkung im Rah-  
men der Kontaktfähigkeit zu Dritten. Auf dem ophthalmologischen Gebiet  
eigne sich der Beschwerdeführer für sämtliche Arbeiten, die kein Stereose-  
hen verlangten (act. II 40.1/38-40 Ziff. 8).

Insgesamt sei der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht für leichte und mittelschwere Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen und ohne regelmässige Arbeiten in kniender und kauender Position vollschichtig arbeitsfähig. Psychiatrisch bestehe eine Arbeitsfähigkeit von gegenwärtig 50 %, nach einer Einarbeitungszeit bestehe eine bei ganztägiger Präsenz umsetzbare Arbeitsfähigkeit von circa 80 %. Dabei benötige der Beschwerdeführer dauerhaft ein Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers und sollte alleine arbeiten können sowie eine klare Aufgabe zugewiesen erhalten (act. II 40.1/41 f. Ziff. 9).

**3.3** Im Zusammenhang mit der erneuten Anmeldung vom 30. Oktober 2019 (act. II 51) ist den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.3.1** Im Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_\_\_ vom 12. April 2018 (act. II 52/29-34) zur stationären Behandlung des Beschwerdeführers vom 11. Januar bis 5. April 2018 stellten med. pract. D. \_\_\_\_\_, Praktischer Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und die Psychologin E. \_\_\_\_\_, u.a. die Diagnosen Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig in beschützender Umgebung abstinent (ICD-10: F10.21), Cannabisabhängigkeit, gegenwärtig in beschützender Umgebung abstinent (ICD-10: F12.21), Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1) und Verdacht auf Autismusspektrumstörung (ASS), Differentialdiagnose: ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder; act. II 52/29). Der Beschwerdeführer leide seit circa zehn Jahren an einer Alkoholabhängigkeit und seit 20 Jahren an einer Cannabisabhängigkeit mit Folgen im sozialen, psychischen und physischen Bereich. Der Entzug sei problemlos verlaufen und der Beschwerdeführer habe das Behandlungsprogramm nach zehn Wochen vorzeitig abgebrochen. Betreffend den Verdacht auf ASS, bzw. ADHD sei eine weitere Diagnostik vorgesehen (act. II 52/30 und 32 f.).

**3.3.2** Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Praktischer Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Abklärungsbericht vom 12. Juli 2018 (act. II 52/14-26) namentlich eine einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (ICD-10: F 90.0; entsprechend DSM: ADHS [Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung]) und eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung Typ II, Borderline-Typ (ICD-10: F60.31; act. II 52/16). Weiter hielt

Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, die Validität der vormals diagnostizierten PTBS könne nicht nachvollzogen werden. Der Beschwerdeführer berichte über psychomotorische Unruhe, Merk- und Gedächtnisschwierigkeiten, Konzentrationschwierigkeiten und erhöhte Ablenkbarkeit. Im Fragebogen zur ADHS-Symptomatik in der Kindheit habe der Beschwerdeführer einen aussergewöhnlich hohen Wert erreicht. Im Selbstbeurteilungsfragebogen zur Persönlichkeitsstruktur habe sich praktisch in allen Bereichen deutlich erhöhte Werte ergeben, am deutlichsten im Bereich der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im strukturierten Interview hätten sieben für die Borderline-Störung prototypische und kriteriengleiche Symptome in der stärksten Ausprägung (Stufe 3) nachvollzogen werden können. Befunde, die für die früher diskutierten Differentialdiagnosen anankastische bzw. schizoide Persönlichkeitsstörung sprechen würden, hätten sich in der Untersuchung nicht reproduzieren lassen. Die Ergebnisse der Selbstbeurteilungsfragebögen zur Autismusspektrum-Symptomatik hätten sich klinisch anamnestisch nicht erhärten lassen. Im Rahmen des Adult Asperger Assessments hätten für keine der drei Kernkriterien die notwendige Anzahl der Symptome nachgewiesen werden können. Hingegen habe sich eine deutliche Persistenz bereits in der Kindheit relevanter Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle und der Psychomotorik gezeigt. Die berichteten, seit der Kindheit bestehenden, Hinweise für eine Entwicklungsstörung liessen sich am ehesten auf eine bis dato persistierende ADHS, sowie im Verlauf durch die Borderline-Persönlichkeitsstörung erklären. Es sei wahrscheinlich dass die Symptomatik letzterer zuvor zur PTBS-Diagnose geführt habe. Insgesamt relevant sei jedoch, dass nach ‚Abzug‘ der ADHS-Symptomatik der psychiatrische Zustand im wesentlichsten durch interaktionelle Störungen bestimmt sei. Zusätzlich sei die frühe Kindheit des Beschwerdeführers durch Deprivation gekennzeichnet. Dies sei eher der Borderline-Persönlichkeitsstörung zuzuordnen (act. II 52/16-18).

**3.3.3** Der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_, (nach eigenen Angaben Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie; im Medizinalberuferegister ohne anerkannten Facharztstitel verzeichnet [vgl. <<https://www.medregom.admin.ch/>>]) hielt am 6. Januar 2020 fest, hinsichtlich der ADHS-Abklärung sei kritisch anzumerken, dass keine Fremdbeurteilungsbögen und auch keine Fremdanamnese erhoben worden seien. Zudem seien die angegebenen kognitiven Beeinträchtigungen nicht durch neuropsychologi-

sche Testungen objektiviert worden und es hätte keine Beschwerdewalidierung stattgefunden. Hinsichtlich der kognitiven Fähigkeiten fänden sich keine klinisch relevanten Unterschiede im Vergleich zur Begutachtung im Jahr 2017. Insgesamt sei die ADHS-Diagnose aus medizinisch-theoretischer Sicht nicht nachvollziehbar. Im Vordergrund stünden – wie auch nach Ansicht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ – die interaktionellen Probleme des Beschwerdeführers. Bereits im MEDAS-Gutachten von 2017 sei eine Persönlichkeitsstörung mit einem erheblichen Schweregrad festgestellt worden. Im Unterschied zu den aktuellen Abklärungen sei anlässlich des MEDAS-Gutachtens keine differenzierende Persönlichkeitstestung erfolgt. Aus medizinisch-theoretischer Sicht sei das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Untersuchungsbericht von 2018 daher nachvollziehbar. Unabhängig davon seien jedoch bereits infolge der Persönlichkeitsstörung die daraus resultierenden sozialen Anpassungsbeeinträchtigungen und auch die Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS entsprechend gewürdigt und im Rahmen der zumutbaren Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden. Suchtdiagnosen seien im MEDAS-Gutachten von 2017 nicht aufgeführt worden. Demgegenüber sei im Austrittsbericht von April 2018 eine Alkohol- und Cannabisabhängigkeit erwähnt (vgl. dazu E. 3.3.1 hiervor). Gemäss dem Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ bestehe eigenanamnestisch gegenwärtig beim Alkohol ein kontrollierter Konsum und beim Cannabis Abstinenz; Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit resultierten daher nicht. Insgesamt könne damit die geltend gemachte Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes nicht nachvollzogen werden. Auch der mehrwöchige Klinikaufenthalt im Jahr 2018 begründe keine mindestens dreimonatige, dauernde Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes, die eine anhaltende Veränderung der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit zur Folge hätte (act. II 60/4).

**3.3.4** In der Stellungnahme vom 6. Januar 2020 (act. II 59/4) hielt der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zusammenfassend fest, im aktuellen Gesuch würden keine somatischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen geltend gemacht. Im Übrigen sei gemäss der RAD-psychiatrischen Stellungnahme vom 6. Januar 2020 (vgl. dazu act. II 60) keine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft

gemacht, die mindestens eine drei Monate andauernde Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöchte.

### **3.4**

**3.4.1** Vorab ist festzustellen, dass weder aus den medizinischen Akten noch den Ausführungen des Beschwerdeführers Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in somatischer Hinsicht ersichtlich sind (vgl. auch act. II 59/4).

**3.4.2** Im psychiatrischen Fachgebiet ist betreffend der im Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_\_\_ vom 12. April 2018 (act. II 52/39-34) beschriebenen, bereits langjährig bestehenden (vgl. dazu act. II 35/6 und 10 f.), Alkohol- und Cannabisabhängigkeit darauf hinzuweisen, dass bereits anlässlich des MEDAS-Gutachtens vom 1. Juni 2017 anamnestisch ein exzessiver bzw. regelmässiger Alkohol- und Drogenkonsum festgehalten wurde (vgl. act. II 40.1/10 Ziff. 3.4 und 38 Ziff. 8.1). Auch wurde aufgrund des Alkoholkonsums labortechnisch ein deutlich erhöhter CTD-Wert festgestellt (act. II 40.1/38 Ziff. 8.1, 40.2/2) und ein Aethylabusus als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (act. II 40.1/37 Ziff. 7.2). Das Suchtgeschehen ist somit eindeutig nicht erst nach dem MEDAS-Gutachten manifest geworden, sondern bestand in diesem Zeitpunkt bereits seit mehreren Jahren. Auch eine nachgelagerte Exazerbation ist nicht ersichtlich. Im Gegenteil vollzog der Beschwerdeführer einen komplikationslosen stationären Entzug (vgl. act. II 52/32), wobei dieser weniger als drei Monate dauerte, weshalb sich hieraus keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergibt (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV). Hinzu kommt, dass weder die MEDAS-Gutachter noch die involvierten Ärzte aufgrund der festgestellten Alkohol- und Cannabisabhängigkeit eine Arbeitsunfähigkeit attestierten und der Beschwerdeführer gegenüber den MEDAS-Gutachtern explizit erklärte, bisher habe der Alkoholkonsum nie zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geführt (act. II 40.1/34 Ziff. 4.4.5.4, 40.1/40 Ziff. 8.2).

**3.4.3** Zu den vom Beschwerdeführer unter Verweis auf die im Rahmen der Neuanmeldung eingereichten Arztberichte vorgebrachten Diagnosen ADHS, PTBS und emotional instabile Persönlichkeit vom Borderline-Typ ist allgemein festzuhalten, dass eine weitere bzw. zusätzliche Diagnosestel-

lung – insbesondere psychiatrischer Art – für sich allein nicht genügt, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Denn damit wird über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälern den Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt. Es kommt einzig darauf an, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Januar 2018, 8C\_664/2017, E. 9). Massgebend sind in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Entscheid des BGer vom 5. September 2019, 8C\_389/2019, E. 4.2.2). Eine derart nachvollziehbar hergeleitete Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht nach Lage der medizinischen Akten jedoch nicht.

**3.4.4** So gründet die von med. pract. D. \_\_\_\_\_ diagnostiziert PTBS lediglich auf den subjektiven anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers, ohne dass hierzu eine Plausibilisierung (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297) oder eine nachvollziehbare diagnostische Herleitung (vgl. (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285) erfolgt wäre (act. II 52/29). Sie wurde denn auch nachfolgend von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ausgeschlossen (act. II 52/15). Hinzu kommt, dass die vom Beschwerdeführer als traumatisch erlebten Erfahrungen in der Kindheit (körperliche Misshandlung in der Adoptivfamilie und Exorzismusversuche) den MEDAS-Gutachtern aufgrund der Vorakten (act. II 34/4 und 10) sowie den Angaben des Beschwerdeführers (vgl. act. II 40.1/26 f. Ziff. 4.4.1) bekannt waren. Eine Veränderung der tatsächlichen Gegebenheiten ist demgegenüber nicht erkennbar.

Das Vorliegen einer ASS wurde von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im Arztbericht vom 12. Juli 2018 (act. II 52/15 f.) ausgeschlossen. Zu der von ihm diagnostizierten ADHS (act. II 52/16) kritisierte der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zu Recht, dass lediglich zwei von vier Teilleistungen des spezifischen testpsychologischen Systems HASE durchgeführt worden seien,

namentlich aber keine Fremdbeurteilungsbögen, keine Fremdanamnese sowie keine neuropsychologische Objektivierung der geltend gemachten kognitiven Beeinträchtigungen erhoben worden seien (act. II 60/4). Unabhängig davon ging Dr. med. F. \_\_\_\_\_ jedoch davon aus, dass die von ihm diagnostizierte ADHS bereits in der frühen Kindheit vorgelegen habe und bis dato persistiere (act. II 52/16), was mit dem aussergewöhnlich hohen Wert im Fragebogen zur ADHS-Symptomatik in der Kindheit (act. II 52/15) und den diagnostischen Leitlinien übereinstimmt, gemäss welchen hyperkinetischer Störungen immer früh in der Entwicklung auftreten (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-Diagnostische Leitlinie, 10. Aufl. 2015, S. 358 ff.). Insoweit bestehen keine Hinweise dass die Symptomatik der – ohnehin diagnostisch nicht nachvollziehbar hergeleiteten (vgl. E. 4.3.4 hier vor) – ADHS erst nach dem massgebenden Vergleichszeitpunkt aufgetreten sein könnte. Vielmehr handelt es sich vorliegend um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes, was unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel nach ständiger Praxis unerheblich ist (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).

Dasselbe gilt für die von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ gestützt auf Selbstbeurteilungsfragebögen und ein strukturiertes Interview diagnostizierte emotional instabile Persönlichkeitsstörung Typ II, Borderline-Typ (act. II 52/16). Denn hierzu führte er explizit aus, die Befunde für die vormals diskutierte Differentialdiagnose einer anankastischen bzw. schizophrenen Persönlichkeitsstörung könnten nicht reproduziert werden (vgl. act. II 52/15). Auch wenn die neu gestellte Diagnose gemäss dem RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_\_\_ durchaus nachvollziehbar sein mag, wies der RAD-Arzt zu Recht darauf hin (vgl. act. II 60/4), dass bereits im MEDAS-Gutachten vom 1. Juni 2017 eine relevante Persönlichkeitsstörung von erheblichem Schweregrad und mit Auswirkung namentlich auf die Arbeitsfähigkeit sowie die soziale Teilhabe aufgrund einer schweren Einschränkung der Kontaktfähigkeit zu Dritten diagnostiziert wurde (act. II 40.1/37 Ziff. 7.1, 40.1/39 Ziff. 8.1). Darüber hinausgehende funktionelle Auswirkungen bzw. Einschränkungen wurden von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nicht beschrieben. Mit der nunmehr spezifischeren diagnostischen Verortung (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 280

und 284) des in tatsächlicher Hinsicht im Wesentlichen unveränderten Beschwerdebildes vermag der Beschwerdeführer keine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit glaubhaft zu machen (vgl. E. 3.4.2 hiavor).

**3.4.5** Schliesslich wurde die ärztliche Stellungnahme von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. März 2020 (Beilage zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 16. April 2020; act. I unpaginiert) erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereicht und hat daher von vorherein unberücksichtigt zu bleiben (Entscheid des BGer vom 8. Januar 2019, 8C\_389/2018, E. 4.2). Soweit die behandelnde Psychiaterin wiederum Ausführungen zum Vorliegen einer PTBS macht, gilt das voranstehend Dargelegte (vgl. E. 3.4.4 hiavor). Weiter hielt sie explizit fest, dass der Beschwerdeführer bereits seit seiner Jugend unter den entsprechenden Symptomen gelitten habe und diese bis zum heutigen Zeitpunkt persistierten. Demgegenüber äusserte sie sich nicht zum vorliegend massgebenden Beweisthema (vgl. E. 3.1 hiavor), weshalb die nachträgliche ärztliche Stellungnahme auch dem Inhalt nach nicht geeignet ist, eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes im vorliegend interessierenden Vergleichszeitraum glaubhaft zu machen.

**3.5** Zusammenfassend vermag der Beschwerdeführer im massgebenden Vergleichszeitraum gestützt auf die vorgelegten medizinischen Akten keine dauerhafte Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Die Beschwerdegegnerin ist daher mit Verfügung vom 14. Februar 2020 (act. II 62) zu Recht auf die Neuanmeldung vom 30. Oktober 2017 (act. II 51) nicht eingetreten, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

#### **4.**

**4.1** Der Beschwerdeführer beantragt schliesslich sinngemäss die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege für die Verfahrenskosten (Eingabe vom 22. März 2020).

**4.2** 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 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

**4.3** Die prozessuale Bedürftigkeit ist aufgrund der eingereichten Unterlagen (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 1-3) erstellt. Namentlich geht daraus hervor, dass der Beschwerdeführer über keine (Gesundheits-) Rechtsschutzversicherung seiner Krankenkasse verfügt (act. IA 3) und gemäss der Verfügung der Sozialdienste J.\_\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2019 (act. IA 1 f.) von der Sozialhilfe unterstützt wird. Die Beschwerde ist sodann nicht als von vornherein aussichtslos zu qualifizieren. Demnach ist antragsgemäss für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege für die Verfahrenskosten zu bewilligen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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. 500.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 4.3 hienvor) wird er – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

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

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird für die Verfahrenskosten gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.