

200 21 361 IV
FUE/ZID/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 24. August 2021

Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. April 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1979 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals im Februar 2016 unter Hinweis auf die Folgen eines Unfallereignisses vom 21. Mai 2015 (Rücken- und Beinschmerzen) bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 2, 7.6). Im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen liess die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) den Versicherten polydisziplinär (internistisch, orthopädisch-chirurgisch, neurologisch und psychiatrisch) begutachten (Expertise vom 24. Februar 2017 [AB 45.1]) und holte nach einem weiteren Unfallereignis vom 29. Juni 2017 (vgl. AB 66/2) eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Bericht vom 10. August 2017 [AB 74/3 ff.]) ein. Mit Verfügung vom 8. Januar 2018 verneinte sie einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 20 % (AB 88), was vom Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 2. Juli 2020, IV/2018/119 (AB 142), und vom Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 1. Dezember 2020, 9C_543/2020 (AB 151), bestätigt wurde.

B.

Noch während den hängigen Beschwerdeverfahren meldete sich der Versicherte am 3. April 2018 unter Hinweis auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands erneut zum Rentenbezug an (AB 101) und reichte diverse Unterlagen auch in Bezug auf Kopf-, Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen, ein Schlafapnoesyndrom sowie eine Mikroinstabilität L5 mit brennenden Bauchschmerzen ein (AB 101, 108 ff., 113, 147). Nach Vorliegen des rechtskräftigen Entscheids betreffend die Verfügung vom 8. Januar 2018 (AB 88) prüfte die IVB die Neuanschuldung (vgl. AB 119) und trat auf das neue Leistungsgesuch – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 155, 158, 160 ff.) – mit Verfügung vom 13. April 2021 (AB 163) mangels einer glaubhaft

gemachten erheblichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht ein.

C.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B._____, mit Eingabe vom 14. Mai 2021 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Sache zwecks Anordnung eines polydisziplinären Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Juni 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. Juni 2021 wies der Instruktionsrichter das Gesuch des Beschwerdeführers vom 4. Juni 2021 um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. iur. B._____ als amtliche Anwältin infolge Aussichtslosigkeit ab. Diese Verfügung blieb unangefochten und der Beschwerdeführer bezahlte innert Frist den Kostenvorschuss.

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 13. April 2021 (AB 163). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 3. April 2018 (AB 101) zu Recht nicht eingetreten ist.

1.3 Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln als Einzelrichterin oder Einzelrichter Beschwerden gegen Nichteintretensverfügungen oder -entscheide (Art. 57 Abs. 2 lit. c GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). 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). 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 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 2020 IV Nr. 45 S. 158 E. 4.2, 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 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 Umstritten und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer eine erhebliche Änderung des Sachverhalts, die geeignet ist, seinen Anspruch auf Leistungen der IV zu beeinflussen, glaubhaft gemacht hat (vgl. E. 2.3 hiavor). Die letzte rechtskräftige materielle Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers basiert auf dem Sachverhalt, wie er bei Erlass der Verfügung vom 8. Januar 2018 (AB 88) vorgelegen hat. Ob auf die Neuanmeldung vom 3. April 2018 (AB 101) einzutreten ist, entscheidet sich somit anhand eines Vergleichs des Sachverhalts im Zeitpunkt der leistungsabweisenden Verfügung vom 8. Januar 2018 (AB 88) mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 13. April 2021 (AB 163).

3.2 Die Verfügung vom 8. Januar 2018 (AB 88) basierte im Wesentlichen auf den folgenden medizinischen Unterlagen:

3.2.1 Im Gutachten der C. _____ AG (MEDAS) vom 24. Februar 2017 (AB 45.1) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei degenerativen Veränderungen der LWS, ausgeprägter intervertebraler Höhenminderung im Segment L5/S1 mit ausgeprägter Osteochondrose und beidseitiger

Facettengelenksarthrose, kernspintomographisch objektiviertem Bandscheibenvorfall L5/S1 mit kaudaler Sequestrierung und Affektion der Nervenwurzel L5 sowie S1 links (MRI vom 4. Juni 2015), aktuell klinisch ohne Radikulopathie, festgehalten (AB 45.1/55 Ziff. 6.1).

Zusammenfassend bestehe aus allgemein-internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die neurologischen Ausfälle hätten kein Ausmass, welches für die Arbeitsfähigkeit relevant sei. Über die geklagten Schmerzen mit muskuloskelettaler Ursache hinausgehend ergebe sich daher auf fachneurologischem Gebiet keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine psychiatrische Diagnose sei nicht ausgewiesen und demzufolge bestehe auch keine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (AB II 45.1/61 Ziff. 7.4). Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht bestehe wegen des chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit einem im Juni 2015 kernspintomographisch nachgewiesenen Bandscheibenvorfall L5/S1 mit kaudaler Sequestrierung und Affektion der Nervenwurzel L5 und S1 links sowie einer ausgeprägten intervertebralen Höhenminderung im Segment L5/S1 mit ausgeprägter Osteochondrose und beidseitiger Facettengelenksarthrose seit dem 21. Mai 2015 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Demgegenüber sei der Beschwerdeführer in einer optimal adaptierten, wechselbelastenden, rückschonenden Verweistätigkeit – ohne das körperferne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne das körpernahe Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne das repetitive Anheben von Lasten über 2 kg in Brusthöheniveau, ohne das Verrichten von Arbeiten über die Horizontale hinaus (Hyperlordosierung der LWS), ohne repetitives Bücken, ohne das überwiegende Innehaben nur einer Körperposition (stehen, gehen oder sitzen), ohne Tätigkeiten mit Vibrationsbelastung der Wirbelsäule, ohne Pressen und Stemmen, das zu einer intraspinalen Druckerhöhung führe, ohne Tätigkeiten im Freien ohne Schutz vor Kälte, Zugluft, Nässe bzw. Tätigkeiten auf regennassem als auch eisglattem Untergrund, ohne mehr als gelegentlich durchgeführten Tätigkeiten im Hocksitz, sowie dem Heben und Tragen von Lasten über 10 kg körpernah respektive 5 kg körperfern nur mit technischen Hilfsmitteln – aus orthopädisch-chirurgischen bzw. ebenso aus interdisziplinärer Sicht

bezogen auf ein volles Pensum zu 80 % arbeitsfähig. Die Einschränkung von 20 % ergebe sich infolge der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, vermehrter Pausen sowie einer reduzierten Arbeitsschnelligkeit (AB 45.1/61 f. Ziff. 7.4 ff.).

3.2.2 In der Stellungnahme vom 10. August 2017 (AB 74/3 ff.) hielt der RAD-Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, das gutachterlich beschriebene Zumutbarkeitsprofil in einer angepassten Tätigkeit gelte seit dem 24. Februar 2017. Die aktuellen bzw. im Nachgang zum Auffahrunfall vom 29. Juni 2017 (vgl. dazu AB 70/5 ff.) geklagten Beschwerden seien aus Sicht des RAD zwar nachvollziehbar, aufgrund der bezüglich des Rückens fehlenden Einschränkungen mit Auswirkung auf das am 24. Februar 2017 formulierte leidensangepasste Zumutbarkeitsprofil erfahre letzteres diesbezüglich jedoch keine Änderung. Es müsse jedoch bezüglich der neu festgestellten Schulterpathologie links entsprechend ergänzt werden, indem dem Beschwerdeführer linksseitig zusätzlich auch keine Überkopfarbeiten und keine Gewichtsbelastungen über Bauchhöhe zugemutet werden könnten. Ab dem 10. August 2017 seien dem Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit leichte bis ausnahmsweise mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden mit einer Leistungsminderung von 20 % infolge der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, vermehrter Pausen sowie reduzierter Arbeitsschnelligkeit zumutbar. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen, Rotation im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, armbelastende Tätigkeiten mit Arbeiten über Bauchhöhe, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung sowie repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der HWS und LWS. In Ausnahmefällen und nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 10 - 15 kg gehoben und getragen werden – dies jedoch nur bis Bauchhöhe. Durch die Folgen des Unfalls vom 29. Juni 2017 sei keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit zu erwarten, da allfällige Beschwerden konservativ behandelbar seien und keine Einschränkungen erkennbar seien mit längerfristiger, das heisst mehrwöchiger Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 74/4 f.).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit Erlass der Verfügung vom 8. Januar 2018 (AB 88) ergibt sich aus den Akten soweit entscheidwesentlich das Folgende:

3.3.1 In den Berichten des Spitals E._____ vom 6. Februar 2018 (AB 101/16 ff. = AB 109/6 ff.) bzw. 4. April 2018 (AB 161/84 ff.) sowie 14. Juni 2018 (AB 113/3 ff. = AB 161/106 ff.) wurden (1.) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen mit/bei persistierenden rechtsseitigen Zervikozephalgien sowie linksseitigen Schulterschmerzen bei Schleudertrauma (Auffahrunfall) am 29. Juni 2017 und persistierenden chronischen Lumbalgien nach Arbeitsunfall (Sturz auf das Gesäss) im Mai 2015, (2.) eine mittelgradige depressive Episode (im Rahmen der Diagnose 1), (3.) eine bakterielle Gastritis mit H. pylori Infekt, (4.) eine rezidivierende asymptomatische supraventrikuläre Schmaltachykardie bis 145/min, (5.) ein Morbus Basedow und (6.) der Verdacht auf eine Sprechstörung (vgl. dazu auch AB 161/89 f.: diffuse, inkonstante Missempfindung in den Bereichen Sprechen, Stimme sowie Schlucken, welche der Beschwerdeführer selber als irrelevant erachtet und nicht therapieren lassen will) diagnostiziert.

3.3.2 Den neurologischen Konsilien bei Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie (Bericht vom 14. August 2018 [AB 161/118 ff.]), und Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie und Praktischer Arzt (Bericht vom 26. Oktober 2018 [AB 161/121 ff.]), zufolge stünden einerseits chronische Kopfschmerzen, andererseits Rückenschmerzen mit Störung der linken Körperseite im Vordergrund. Die Kopfschmerzen dürften zumindest mitverursacht sein durch den langdauernden, chronischen Konsum von Analgetika im Sinne eines analgetikainduzierten Kopfschmerzes, weshalb ein Analgetika-Entzug notwendig sei. Die darüber hinaus bestehenden bzw. demonstrierten Beschwerden, insbesondere auch die halbseitigen Gefühlsstörungen, fänden im neurologischen Untersuchungsbefund (klinisch sowie elektrophysiologisch) kein (eindeutiges) objektives bzw. organisches Korrelat. Diesen Beurteilungen schloss sich Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie, an und er bewog den Beschwerdeführer aufgrund des stattgehabten Schmerzmittelüberkonsums zu einem Absetzversuch (Bericht vom 29.

November 2018 [AB 161/124 ff.]), welcher dann infolge Zunahme der Schwindelbeschwerden abgebrochen wurde (Bericht vom 20. Dezember 2018 [AB 161/127]).

3.3.3 Ein anlässlich eines Kurzaufenthalts in ... am 13. März 2019 veranlassertes MRI (fecit: diagnostisches Zentrum I._____) ergab folgenden Befund: Dorsomediale Diskushernie C3/C4 mit Druck auf Rückenmark sowie teilweise auf die rechte Wurzel, spondylogene Veränderungen sowie ein Ödem der parvertebralen Muskulatur (AB 147/20 f. = AB 161/130 f.; vgl. auch AB 147/18 f. = AB 161/132 f.).

Gemäss einem weiteren MRI (fecit: Röntgeninstitut O._____ Bern) vom 10. September 2019 (AB 147/17 = AB 161/134) bestehen eine leichte linkskonvexe skoliotische Fehlhaltung zervikothorakal, eine Streckhaltung der HWS, mehrsegmental leichte Osteochondrosen mit diskretem Diskusbulging und kleiner medianer Diskusprotrusion auf Höhe HWK 5/6, keine Nervenwurzelkompression und keine weitere Diskushernie.

3.3.4 Dr. med. J._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, diagnostizierte im Bericht vom 29. November 2019 (AB 147/12 f. = AB 161/135 f.) ein Globusgefühl (Fremdkörpergefühl im Rachen bzw. Hals) und ein hochgradiges Schlafapnoesyndrom. Im ... wurden die Diagnosen eines schweren obstruktiven Schlafapnoesyndroms (mit multiplen Risikofaktoren), welches sich unter CPAP sehr gut kontrollieren lasse, und einer Tonsillenhypertrophie mit Uvula-Fibrom und sekundärem Globusgefühl bestätigt (Berichte vom 15. Januar, 11. März und 15. Mai 2020 [AB 147/4 ff. = AB 161/137 ff.]).

3.3.5 Aufgrund eines Brennens im linken Unterbauch wurde am 13. Mai 2020 im Institut K._____ eine CT durchgeführt. Dieses ergab eine Mikroinstabilität L5 mit Osteochondrose und Vakuumphänomen L5/S1 sowie eine mässiggradig ausgeprägte spondylogene bedingte Foramenstenose L5/S1 links mit Verdacht auf eine zumindest intermittierende foraminale Kompromittierung von L5 links; empfohlen wurde eine periradikuläre Infiltration von L5 links foraminal (AB 147/7 = AB 161/145).

3.3.6 Nachdem der damalige Hausarzt Dr. med. L._____, Praktischer Arzt, schon im Bericht vom 12. April 2018 (AB 161/82 f.) Schmerzen in der HWS (Kopf- und Nackenschmerzen) sowie lumbosakral diagnostiziert hatte, diagnostizierte der aktuelle Hausarzt med. pract. M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 24. Februar 2021 (1.) eine Schmerzstörung chronifiziert mit somatischen und psychischen Anteilen, (2.) chronifizierte cervikonuchale Schmerzen, (3.) einen Status nach Schulterschmerzen links, (4.) ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, (5.) eine Adipositas, (6.) eine Refluxösophagitis sowie (7.) eine Insulinresistenz. Er erachte die lumbale Schmerzproblematik als nicht überwindbar. Es bestehe weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit (AB 161/147 f.)

3.3.7 Nachdem der behandelnde Psychiater Dr. med. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bereits in den Berichten vom 28. März (AB 101/3 = AB 109/2 = AB 161/81), 30. Mai 2018 (AB 113/9 ff. = AB 161/99 ff.) und 22. Mai 2019 (AB 147/18 f. = AB 161/132 f.) auf eine erhebliche (zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns im Juli 2017 schwergradige und zum Zeitpunkt der Überweisung in das Spital E._____ anfangs 2018 [vgl. E. 3.3.1 hiervor] mindestens deutlich mittelgradige) depressive Störung mit voller Arbeitsunfähigkeit hingewiesen hatte, beschrieb er im Bericht vom 23. Februar 2021 (AB 161/149 f.) ein stationäres Zustandsbild, das sich psychopathologisch folgendermassen beschreiben lasse: bewusstseinsklar, allseits orientiert, mit schmerzausdrückender Mimik, reduzierter Gestik sowie gut modulierter Stimme; Auffassung intakt, Aufmerksamkeit und Konzentration deutlich reduziert; im formalen Denken kohärent und fliessend, intermittierend verlangsamt, inhaltlich auf die zu besprechenden Themen bezogen ohne Hinweise auf wahnhafte Denkinhalte oder Zwangsgedanken; keine Anhaltspunkte auf Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen; in der Grundstimmung massiv herabgesetzt, irritierte, gereizt, schmerzbesetzt, deprimiert, verzweifelt, ratlos, traurig, mit massiven Selbstanklagen sowie Wertlosigkeits- und Versagensgefühl, auswegs- und perspektivenlos, angstbesetzt; affektiver Rapport herstellbar, affektive Schwingungsfähigkeit reduziert; psychomotorisch angespannt, unruhig, massive Kopf-, Nacken-,

Schulter- sowie Rückenschmerzen (Lenden- und Kreuzbereich); anhaltende Schlafstörungen; mnestiche Funktionen grob kursorisch intakt, wobei der Beschwerdeführer Schwierigkeiten präsentiere, einige Ereignisse aus der Vergangenheit zeitlich einzuordnen; anhaltend latent suizidal bei starkem Sinnlosigkeitsgefühl in Bezug auf das eigene Leben.

3.4 Im Rahmen der Neuanschuldung genügt das Glaubhaftmachen einer potentiell anspruchrelevanten Änderung (vgl. E. 2.3 hiervor). Hierzu ist zunächst festzustellen, dass zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 8. Januar 2018 (AB 88) und der Neuanschuldung vom 3. April 2018 (AB 101) zwar nicht einmal drei Monate, zur vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 13. April 2021 (AB 163) dann aber doch mehr als drei Jahre liegen. Angesichts dieses Zeitablaufs sind an das Glaubhaftmachen einer Änderung keine allzu hohen Anforderungen zu stellen (vgl. E. 2.2 hiervor).

3.5 Nach Ansicht des Beschwerdeführers begründen die initial schwere und aktuell noch immer mittelschwere Depression (mit suizidalen Impulsen), der chronische Verlauf des Zervikalsyndroms mit chronischen, sehr starken Kopfschmerzen und Schwindel, das mittlerweile auch nachgewiesene degenerative HWS-Leiden (mit Diskushernien, Osteochondrosen, Spondylarthrosen und Diskusbulging), das begleitende hochgradige Schlafapnoesyndrom (mit fortgesetzter Tagesmüdigkeit und Globusgefühl), das Ausbilden einer Refluxösophagitis (mit Breischluck) sowie die Mikroinstabilität L5 (mit brennenden Bauchschmerzen) eine wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustands (Beschwerde, S. 5 unten). Im Einzelnen ist dazu festzustellen was folgt:

3.5.1 Der Beschwerdeführer machte mit Neuanschuldung vom 3. April 2018 eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands (AB 101) zufolge einer chronischen, therapieresistenten mittelgradigen Depression (vgl. dazu E. 3.3.1, 3.3.6 und 3.3.7 hiervor) und einer chronifizierten, invalidisierenden Schmerzstörung mit physischen und psychischen Faktoren (vgl. dazu E. 3.3.1 und 3.3.6 hiervor) geltend (vgl. AB 160/7). Diese Diagnosen wurden indessen namentlich von Dr. med. N. _____ im Bericht vom 7. November 2017 (AB 91/16 Ziff. 1; vgl. auch AB 101/3, 113/10 Ziff. 2 und 147/18 f.) bereits vor Erlass der

rentenverneinenden Verfügung vom 8. Januar 2018 (AB 88) postuliert, wobei das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit VGE IV/2018/119, E. 3.3.4 (AB 142/12 ff.; bestätigt durch BGer 9C_543/2020 [AB 151]), erkannte, damit sei keine Verschlechterung seit dem MEDAS-Gutachten vom 24. Februar 2017 (in welchem keine psychiatrische Diagnose gestellt wurde; vgl. AB 45.1/60) erstellt. Im Vergleich zum Bericht vom 7. November 2017 (AB 91/16 Ziff. 4) erweist sich die psychopathologische Befunderhebung im Bericht vom 23. Februar 2021 (AB 161/149; vgl. E. 3.3.7 hiervor) zwar deutlich detaillierter wenngleich weitgehend deckungsgleich. Schliesslich bescheinigte Dr. med. N. _____ mit Bericht vom 22. Mai 2019 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit Behandlungsbeginn im Juli 2017 (AB 147/19 Mitte), womit weder diagnostisch noch bezüglich der daraus abgeleiteten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine im massgebenden (Vergleichs-)Zeitraum eingetretene Verschlechterung glaubhaft gemacht wurde.

3.5.2 In Bezug auf die in somatischer Hinsicht geltend gemachte Verschlechterung der HWS (vgl. auch AB 160/7) wurde die mit Bericht des diagnostischen Zentrums I. _____ vom 13. März 2019 mittels MRI befundene Diskushernie im Bereich C3/C4 mit Druck auf das Rückenmark sowie teilweise auf die rechte Wurzel (AB 147/20; vgl. E. 3.3.3 erster Abschnitt hiervor) durch das MRI der HWS nativ vom 10. September 2019 (fecit: Röntgeninstitut O. _____ AG) nicht (mehr) bestätigt (vgl. zur Möglichkeit der Rückbildung bildgebend nachgewiesener Beeinträchtigungen der Wirbelsäule: Entscheid des BGer vom 26. März 2015, 9C_710/2014, E. 4.5). Vielmehr wurde nunmehr eine kleine mediane Diskusprotrusion auf Höhe HWK 5/6 erhoben, indes ohne Neurokompression, ohne weitere Diskushernien, bei Ausschluss einer zervikalen Spinalkanalstenose und von Zeichen einer zervikalen Myelopathie. Empfohlen wurde einzig eine periradikuläre Infiltration von L5 links foraminal (AB 147/17; vgl. E. 3.3.3 zweiter Abschnitt hiervor). Ohnehin sind bildgebend nachgewiesene (pathologische) Befunde in der Regel für sich allein – d.h. ohne damit korrelierende klinische Befunde – nicht geeignet, eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen. Aus demselben Grund ist auch eine relevante Verschlechterung der LWS-Situation (vgl. AB 161/148 unten; vgl. auch E.

3.3.6 hiervor) nicht glaubhaft gemacht (vgl. dazu AB 45.1/55 Ziff. 6.1, 161/145).

3.5.3 Was die mit Bericht des Instituts K. _____ vom 13. Mai 2020 festgestellte Mikroinstabilität L5 mit Osteochondrose und Vakuumphänomen L5/S1 und den Verdacht auf eine zumindest intermittierende foraminale Kompromittierung von L5 links betrifft, welche wahrscheinlich Ursache der geklagten Beschwerdesymptomatik sei (Brennen im linken Unterbauch; AB 161/145; vgl. E. 3.3.5 hiervor), so wurden die Osteochondrosen bei L5/S1 sowie die Affektion der Nervenwurzel L5 bereits im MEDAS-Gutachten vom 24. Februar 2017 festgestellt (AB 45.1/55 Ziff. 6.1). Deshalb sind diese Befunde nicht geeignet, eine Veränderung glaubhaft zu machen. Dass das Brennen im Unterbauch von längerer Dauer wäre und sich zudem funktionell ausgewirkt hätte, ergibt sich aus den Akten nicht und ist deshalb ebenfalls nicht geeignet, eine massgebende Veränderung glaubhaft zu machen.

3.5.4 Das zwischenzeitlich diagnostizierte schwergradige obstruktive Schlafapnoesyndrom (vgl. E. 3.3.4 hiervor) ist laut Bericht des Schlafzentrums Bern vom 15. Mai 2020 unter CPAP-Therapie kompensiert und zeitigt keine Reduktion der Arbeitsfähigkeit (AB 161/142 unten). Die nicht komplett verschwundene Tagesmüdigkeit wurde auf "Komorbiditäten" zurückgeführt (AB 161/142 oben), wobei der Beschwerdeführer die Tagesmüdigkeit nota bene bereits gegenüber den MEDAS-Gutachtern geklagt hatte (AB 45.1/50 oben).

3.5.5 Weiter ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer bereits seit dem Unfall vom 27. Juni 2017 über Kopfschmerzen und Schwindel klagte (u.a. Berichte vom 29. Juni [AB 161/12 oben], 18. August [AB 161/58 unten], 5. [161/64 unten] und 20. Oktober [AB 161/67] und 1. November 2017 [AB 161/69, 161/71] sowie 4. April 2018 [AB 161/84]), womit insofern keine Veränderung seit der Verfügung vom 8. Januar 2018 (AB 88) glaubhaft gemacht wurde.

3.5.6 Inwiefern sich die Diagnose einer Refluxösophagitis (vgl. AB 161/148 Ziff. 6; vgl. E. 3.3.6 hiervor), also einer Entzündung der Speiseröhre (Ösophagus) durch Zurücklaufen (Reflux) von Mageninhalt in

die Speiseröhre, auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirken sollte, ist nicht erkennbar, zumal ein Reflux einmalig (am 25. Juni 2020) dokumentiert und grundsätzlich therapierbar ist (vgl. Pschyrembel, 267. Auflage, S. 1534). Gleich verhält es sich in Bezug auf die bakterielle Gastritis mit *H. pylori* Infekt (dokumentiert einzig am 18. Januar 2018) und die rezidivierende asymptomatische supraventrikuläre Schmaltachykardie (dokumentiert einzig am 24. Januar 2018; vgl. AB 101/18, 161/85 und 113/4 je Ziff. 3 f.; vgl. auch E. 3.3.1 hiervor). Gemäss RAD (AB 74/4) von vornherein ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sind der Morbus Basedow (vgl. AB 101/18, 161/85 und 113/4 je Ziff. 5; vgl. auch E. 3.3.1 hiervor) und die Adipositas (vgl. AB 161/148 Ziff. 5; vgl. auch E. 3.3.6 hiervor).

3.6 Zusammenfassend ist mit den im Rahmen bzw. im Nachgang zur Neuanmeldung vom 3. April 2018 (AB 101) eingereichten Berichten nicht glaubhaft gemacht, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 8. Januar 2018 in einer für den Anspruch erheblichen Weise (längerdauernd) geändert hat. Eine erwerbliche Veränderung wurde sodann nicht geltend gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist daher mit Verfügung vom 13. April 2021 (AB 163) auf die Neuanmeldung zu Recht nicht eingetreten. Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. 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.