

200 17 114 IV
FUR/SHE/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil der Einzelrichterin vom 11. Mai 2017

Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Januar 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1984 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 10. Oktober 2002 mit Hinweis auf Bandscheibenvorfälle bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) für berufliche Eingliederungsmassnahmen (Berufsberatung, Beiträge an die Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung und Arbeitsvermittlung) an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). In der Folge tätigte die IVB berufliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere ordnete sie eine berufliche Abklärung der Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit vom 13. Januar bis 11. April 2003 (AB 14 f.) an. Die Massnahme wurde vom Versicherten per 23. Januar 2003 (AB 16) abgebrochen. In der Folge gewährte die IVB dem Versicherten eine weitere Abklärung der Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit vom 1. April bis 1. Juli 2003 (AB 20). Diese brach er nach rund anderthalb Wochen vorzeitig ab (AB 21) und zog das Leistungsgesuch am 2. Mai 2003 (AB 23) vorbehaltlos zurück.

B.

Am 10. Mai 2004 (AB 30) beantragte der Versicherte bei der IVB mit Hinweis auf Bandscheibenvorfälle eine Umschulung. Diese liess ihn in der Folge bidisziplinär begutachten. Gestützt auf die hierauf erstellten Gutachten (vgl. AB 37 f.) verfügte die IVB am 18. Februar 2005 (AB 39) wegen fehlender Invalidität die Abweisung des Leistungsbegehrens. Die Verfügung blieb unangefochten.

C.

Mit Schreiben vom 5. Mai 2006 (AB 43) ersuchte der Versicherte, vertreten durch die Sozialdienste ..., um Wiederaufnahme der (beruflichen) Abklärungsbemühungen und stellte am 17. Mai 2006 (AB 41) ein förmliches Leistungsgesuch. Beantragt wurde neben Berufsberatung und Umschulung

ei-ne Rente (S. 6 Ziff. 7.8). Am 14. August 2006 (AB 48) bestätigte die IVB den Anspruch auf Berufsberatung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen durch die versicherungsinterne Berufsberatung. Als die berufliche Eingliederung Ende 2006 aufgenommen werden sollte, erkrankte der Versicherte an einem Krebsleiden im Nasenrachenraum. Es folgte eine Bestrahlung und Chemotherapie (vgl. AB 51 ff.). Die IVB tätigte berufliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere gestützt auf die Beurteilungen von Dr. med. B. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 15. Juli 2008 (AB 79) und 10. November 2008 (AB 88) verneinte die IVB mit Verfügung vom 13. November 2008 (AB 89) bei einem Invaliditätsgrad von 28% den Anspruch auf eine Invalidenrente. Am 18. Dezember 2008 (AB 92) liess der Versicherte die umgehende Einleitung beruflicher Massnahmen beantragen. Die IVB sicherte in der Folge (AB 104) Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining vom 2. Februar bis 30. April 2009 zu. Da sich der Versicherte aktuell nicht in der Lage fühle, das Arbeitspensum Schritt für Schritt zu steigern, schloss die IVB mit Verfügung vom 24. August 2009 (AB 116) die berufliche Eingliederung ab. Die gegen die Verfügung vom 13. November 2008 (AB 89) erhobene Beschwerde (AB 94/3) hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 10. Dezember 2009, IV 70140 (AB 117), gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache an die IVB zurück, damit diese weitere Abklärungen trifft und alsdann über den Rentenanspruch neu verfügt.

In der Folge tätigte die IVB weitere Abklärungen. Gestützt auf die RAD-Berichte von Dr. med. B. _____ vom 15. Februar 2010 (AB 121 f.), 2. August 2010 (AB 129) und 27. Dezember 2010 (AB 141) sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vom 15. Juni 2010 (AB 127) verneinte sie mit Verfügung vom 22. Februar 2011 (AB 148) bei einem Invaliditätsgrad von 33% einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Verfügung blieb unangefochten.

D.

Am 22. August 2012 (AB 149) wurde der Versicherte wegen eines akuten radikulären Schmerzsyndroms mit sensomotorischem Ausfallsyndrom S1-S4 von der zuständigen Krankentaggeldversicherung bei der IVB zur Früherfassung angemeldet. Am 23. September 2012 (AB 153) meldete er sich zum Leistungsbezug an. Die IVB tätigte berufliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere gestützt auf den RAD-Bericht von Dr. med. B. _____ vom 3. September 2013 (AB 182) sowie den Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 11. Oktober 2013 (AB 184) verneinte die IVB mit Verfügung vom 12. Dezember 2013 (AB 188) bei einem Invaliditätsgrad von 33% den Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Verfügung blieb unangefochten.

E.

Mit Eingabe vom 25. Februar 2014 (AB 191) beantragte der vom Versicherten beigezogene Rechtsanwalt D. _____, die Verfügung vom 12. Dezember 2013 in Wiedererwägung zu ziehen, allenfalls ein Revisionsverfahren einzuleiten und zu prüfen, ob aufgrund der neuen Erkenntnisse ein rentenberechtigender Invaliditätsgrad bestehe. Eventualiter sei zu prüfen, ob allenfalls Umschulungsmassnahmen oder andere berufliche Integrationsmassnahmen angeboten werden könnten. Die IVB holte bei RAD-Ärztin Dr. med. B. _____ eine Stellungnahme vom 6. Mai 2014 (AB 194) ein und gewährte am 23. Mai 2014 (AB 195) Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche. Dem auf den 4. Juni 2014 angesetzten Besprechungstermin bei der Abteilung „interne Arbeitsvermittlung“ blieb der Versicherte unentschuldigt fern. Am 5. Juni 2014 teilte er telefonisch mit, vorerst auf weitere Unterstützung durch die Arbeitsvermittlung zu verzichten (vgl. Protokoll per 28. März 2017 [in den Gerichtsakten]). Mit Verfügung vom 25. September 2014 (AB 198) schloss die IVB die Arbeitsvermittlung ab. Mit Verfügung vom 1. Dezember 2014 (AB 205) verneinte sie bei einem Invaliditätsgrad von 30% einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Verfügung blieb unangefochten.

F.

Am 8. März 2015 (AB 208) meldete sich der Versicherte abermals bei der IVB zum Leistungsbezug an. Am 16. März 2015 (AB 212) teilte die IVB diesem mit, damit sie auf das erneute Leistungsgesuch eintreten könne, hätte er glaubhaft zu machen, dass sich sein Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 1. Dezember 2014 (AB 205) verändert habe. Sie bat den Versicherten, ihr die entsprechenden Unterlagen bis zum 4. April 2015 zuzustellen, ansonsten auf sein Gesuch nicht eingetreten werde. Der Versicherte liess sich innert Frist nicht vernehmen. Nach vorgängig durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 213 f.) trat die IVB mit Verfügung vom 1. Mai 2015 (AB 216) nicht auf das Leistungsbegehren ein. Die Verfügung blieb unangefochten.

G.

Am 18. August 2016 (AB 217) meldete sich der Versicherte mit Hinweis auf ein seit Januar 2016 bestehendes Rückenleiden erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach Einholung einer RAD-Beurteilung bei Dr. med. B. _____ vom 26. Oktober 2016 (AB 224) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 9. November 2016 (AB 225) in Aussicht, auf sein Leistungsbegehren nicht einzutreten, da er nicht glaubhaft dargelegt habe, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der Verfügung vom 1. Dezember 2014 verändert hätten. Der Versicherte erhob innert der 30-tägigen Frist hiergegen keinen Einwand. Mit Verfügung vom 4. Januar 2017 (AB 226) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

H.

Mit Eingabe vom 2. Februar 2017 erhob der Versicherte hiergegen Beschwerde. Im Wesentlichen macht er darin geltend, seit der Verfügung vom 1. Februar 2014 habe sich sein Gesundheitszustand wesentlich verändert.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 28. März 2017 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) 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 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 4. Januar 2017 (AB 226). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Neuanmeldung vom 28. August 2016 (AB 217) eingetreten ist.

1.3 Die Beurteilung von Beschwerden gegen Rechtsmittelentscheide, die ein Nichteintreten der Verfügungsbehörde zum Gegenstand haben, fällt in die einzelrichterliche Zuständigkeit (Art. 119 VRPG i.V.m. Art. 57 Abs. 2 lit. c GSOG; BVR 2011 S. 498 [VGE 2010/495 vom 19. Mai 2011], nicht publ. E. 1.3 mit Hinweis auf die Praxisfestlegung der erweiterten Abteilungskonferenz in verwaltungsrechtlichen Streitigkeiten vom 29. November 2010).

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).

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).

Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht gerade jenes Anspruchselement betreffen, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr hat es zu genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus

dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200).

2.2 Nach Eingang einer Neuanschuldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

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. Wird in der Neuanschuldung (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).

2.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neu-

meldungsverfahren – 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.

Zu beurteilen ist im vorliegenden Verfahren, ob der Beschwerdeführer glaubhaft gemacht hat, dass sich der Sachverhalt in der Zeit zwischen dem Erlass der Verfügung vom 1. Dezember 2014 (AB 205), wo letztmals eine eingehende Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgte, und der hier angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2017 (AB 226) verändert hat (E. 2.3 hiervor).

3.1 Die Verfügung vom 1. Dezember 2014 (AB 205) basierte im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Unterlagen:

3.1.1 Im Bericht vom Röntgeninstitut E. _____ vom 12. Februar 2014 (AB 189/2), welches am 12. Februar 2014 ein MRI sowie Röntgenaufnahmen der LWS anfertigte, wurde eine neue Diskushernie im Segment L4/L5 mit hochgradiger Spinalkanalstenose genannt. Im Segment L5/S1 bestünden im Vergleich zu 2013 unveränderte postoperative Verhältnisse.

3.1.2 Im Bericht vom Rückenzentrum F. _____ vom 13. Februar 2014 (AB 191/14) wurde bei im Vordergrund stehender Instabilitätsproblematik und neurogener Claudicatio eine operative Intervention empfohlen.

3.1.3 Dr. med. B. _____ diagnostizierte im RAD-Bericht vom 6. Mai 2014 (AB 194) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Rückenschmerzen bei einem Status nach Mikrodiskektomie L5/S1 bei Massenprolaps mit persistierendem Cauda-equina-Syndrom, überwiegend sensibel sowie aktuell radiologisch einer Diskushernie L4/5. Es bestehe zwar eine neue Diagnose (Diskushernie jetzt auf Höhe L4/5), aber bisher kein nachweislich neuer klinischer Zustand bezüglich Auswirkungen. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei dadurch nicht verändert. Das Röntgenbild allein be-

gründe eine Verschlechterung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht, zumal klinisch-neurologisch keine Verschlechterung eingetreten sei. Bei wechselbelastenden leichten Tätigkeiten mit Gewichten bis 10 kg, in einem Milieu ohne Dämpfe von Lacken oder Farben und ohne hohe Staubentwicklung sei weiterhin eine Leistung von 90% zu erwarten. Sofern der Versicherte mit der vorgeschlagenen Spondylodese operieren lasse, müsse danach aber eine neue Beurteilung erfolgen (S. 3).

3.1.4 Wie dem Bericht des Rücken zentrums F. _____ vom 13. Juni 2014 (AB 201/3) entnommen werden kann, wünsche der Versicherte zum jetzigen Zeitpunkt keine Interventionen. Im Bericht vom 19. November 2014 (AB 203) wurde festgehalten, der Versicherte habe anlässlich der am vorherigen Tag erfolgten Konsultation weiterhin über chronische Lumboischialgien geklagt. Den empfohlenen fusionierenden Eingriff voraussichtlich L4-S1 lehne er weiterhin ab. Aus wirbelsäulenorthopädischer und -chirurgischer Sicht solle der Patient alleine wegen seiner Wirbelsäulenproblematik und ausgeprägter Befunde bis zu ca. 30-35% „invalid geschrieben werden“.

3.2 Bezüglich des medizinischen Sachverhalts seit der Verfügung vom 1. Dezember 2014 (AB 205) ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 29. Dezember 2014 (AB 207) die Verdachtsdiagnose einer Rotatorenmanschettenläsion der linken Schulter (S. 1). Er habe den Versicherten bereits vor fünf Jahren wegen einer muskulären Schwäche der linken Schulter mit Abduktionsdefizit unklarer Ätiologie bei einem Orthopäden angemeldet. Der Patient habe aber den Termin nicht wahrgenommen. Zwischenzeitlich hätten andere Probleme im Vordergrund gestanden. Am 1. Mai 2012 sei er erfolgreich am Rücken operiert worden. In letzter Zeit sei der Versicherte nun wieder vermehrt durch seine Schulterproblematik links gestört gewesen, einerseits wegen der deutlichen muskulären Schwäche im linken Arm, andererseits aber auch wegen zunehmenden Schmerzen im Bereich der linken Schulter, exacerbierend nach Belastung, mit Ausstrahlung nach cervical. Klinisch bestehe im Vergleich zur rechten Seite ein deutlicher Defekt im Bereich des Musculus deltoideus, gut sicht-

bar vor allem bei Abduktion des linken Armes. Auffallend sei auch ein deutliches Abheben des linken Schulterblattes beim Bodycrosstest (S. 2).

3.2.2 Am 24. April 2015 (AB 214) ging bei der Beschwerdegegnerin ein Sprechstundenbericht unklarer Herkunft ein. Darin wurde ausgeführt, die postaktinische Parese sei bereits früher vom Neurologen diagnostiziert worden. Es handle sich um eine irreparable Situation, mit deutlicher Funktionseinschränkung der linken oberen Extremität. Eine Therapie könne nicht angeboten werden. Der Versicherte sei ganz klar und wesentlich behindert im Bereich seiner linken oberen Extremität, insbesondere sei er in einem handwerklichen Beruf wesentlich eingeschränkt.

3.2.3 Im Bericht vom Rückenzentrum F. _____ vom 11. August 2016 (AB 221/2) wurde ausgeführt, das am 9. August 2016 erstellte MRI der LWS zeige einen massiven Bandscheibenvorfall L4/5 mit einer totalen Spinalkanalstenose. Die linke Seite sei etwas mehr betroffen als die rechte. Auf Höhe L3/4 bestehe ein kleiner medianer Bandscheibenvorfall. Der Versicherte benötige dringend eine operative Sanierung. Die jetzige Situation sei neu aufgetreten und stehe nicht im Zusammenhang mit dem letzten Bandscheibenvorfall. Dieser sei jetzt eine Etage höher. Aus diesem Grund dürfe der Patient nicht arbeiten. Er dürfe keine Gewichte heben. Da die Neurologie schlechter geworden sei, habe man dem Versicherten eine schnelle operative Sanierung angeboten. Zurzeit möchte er keine Versteifungsoperation, weswegen nur das Hauptproblem im Sinne dieses Bandscheibenvorfalles und evtl. der Bandscheibe L3/4 behoben würde (S. 3).

Wie dem Bericht vom 8. September 2016 (AB 221) zu entnehmen ist, leide der Versicherte „wie immer“ an starken Schmerzen mit „komischen“ Kribbelparästhesien im Gesäss und in beiden Beinen. Auch wenn er schon gewohnt sei, diese Schmerzen zu verspüren, sei ihm im Rückenzentrum F. _____ die operative Versorgung empfohlen worden. Der Versicherte wolle im Moment keine Versteifungsoperation. Am 27. September 2016 werde eine Dekompression L4/5 durchgeführt mit grosszügiger Bandscheibenresektion und Spinalkanaldekompensation.

3.2.4 RAD-Ärztin Dr. med. B. _____ diagnostizierte im Bericht vom 26. Oktober 2016 (AB 224) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Sta-

tus nach Cauda equina-Syndrom und nach Mikrodiskektomie L5/S1 in der Folge mit persistierendem Ausfall S1-4 rechts und S2/3 links. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden aktuell Segmentdegenerationen L3/4 und L4/5, bei L4/5 auch Discusprolaps. Zwar zeige das MRI vom 9. August 2016 einen auf Höhe L4/5 etwas schlechteren Befund als 2012 oder 2013. Neurologisch fänden sich keine klaren Zeichen, die auf eine Affektion eines Nervs im zugehörigen Segment hinweisen würden. Die Angabe, dass der Lasègue schon bei 15 Grad positiv sei, passe nicht zu den übrigen Befunden, bzw. müsse als Pseudolasègue aufgefasst werden. Die genannten neurologischen Zeichen seien als vorbestehend nach der Operation L5/S1 2012 bzw. des damaligen Cauda equina-Syndrom im Sacralbereich zu verstehen. Somit liege zwar rein radiologisch eine etwas schlechtere Situation vor, klinisch jedoch nicht. Sofern der Versicherte die geplante Operation durchführe, werde er wahrscheinlich vorübergehend einige Monate arbeitsunfähig sein. Danach werde jedoch das Problem von L4/5 behoben sein. Ob tatsächlich auch noch eine Spondylodese folgen werde, müsse sich weisen. In einem solchen Fall wäre die Situation erneut zu prüfen (S. 3). Wie anlässlich der Verfügung vom 1. Dezember 2014 sei dem Versicherten unverändert eine angepasste Tätigkeit (wechselbelastende leichtere Tätigkeiten mit Gewichten bis 10 kg in einem Milieu ohne Dämpfe von Lacken oder Farben und ohne hohe Staubentwicklung) in einem vollen zeitlichen Rahmen mit einer 90%-igen Leistung zumutbar (S. 4).

3.2.5 Wie dem Bericht des Rücken zentrums F. _____ vom 1. Februar 2017 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 2) entnommen werden kann, wurde mit dem Versicherten anlässlich der Konsultation vom 31. Januar 2017 noch einmal die Operationsindikation diskutiert. Für ihn komme aufgrund seiner privaten familiären Problematik momentan die Operation nicht in Frage. Der untersuchende Arzt fand, die neuen Bilder vom August 2016 würden sehr wohl eine deutliche Veränderung im Vergleich zu jenen von 2011 zeigen. Das Segment L5/S1 sei operiert worden, aber die Hernie L4/5 sei sicher neu mit zusätzlicher totaler Spinalkanalstenose und deutlicher Beeinträchtigung der Nervenwurzel. Der Versicherte leide unter Schmerzen und einer Gefühlsminderung in beide Beine. Es sei ihm noch einmal „streng“ empfohlen worden, den Vorfall operativ entfernen zu lassen (S. 6).

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4 Was die nach der Verfügung vom 1. Dezember 2014 (AB 205) bei der IVB eingegangenen Berichte betrifft, ergibt sich Folgendes. Der Bericht vom Rückenzentrum F. _____ vom 19. November 2014 (AB 206/2) lag der Beschwerdegegnerin bereits bei Erlass der besagten Verfügung vor und sie hat ihn in ihrer Beurteilung berücksichtigt. Somit ist der Bericht nicht geeignet eine Veränderung der Verhältnisse seit dem 1. Dezember 2014 glaubhaft zu machen. Gleich verhält es sich mit dem Bericht von Dr. med. H. _____ vom 1. Mai 2012 (AB 214/5). Was der Bericht von Dr. med. G. _____ vom 29. Dezember 2014 (AB 207) sowie den am 22. April 2015 (AB 214) bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Sprechstundenbericht unklarer Herkunft betrifft, so lagen diese bereits beim Nichteintretensentscheid vom 1. Mai 2015 (AB 216) vor und wurden darin berücksichtigt. Die Beschwerdegegnerin kam zum rechtskräftigen Schluss, dass mit diesen beiden Berichten keine Veränderung der Verhältnisse seit der

Verfügung vom 1. Dezember 2014 glaubhaft gemacht wurde. Diese Schlussfolgerung hat auch weiterhin ihre Gültigkeit, da der Beschwerdeführer nichts Gegenteiliges vorbringt, bzw. den übrigen seither eingegangenen Berichten nichts Derartiges zu entnehmen ist. Weiter konnte durch die Berichte des Rücken zentrums F. _____ vom 11. August 2016 (AB 221/2) und 8. September 2016 (AB 221/1) keine Verschlechterung der Situation seit dem 1. Dezember 2014 glaubhaft gemacht werden. Wie Dr. med. B. _____ im RAD-Bericht vom 26. Oktober 2016 (AB 224) schlüssig und überzeugend darlegt, liegt zwar rein radiologisch eine etwas verschlechterte Situation vor, klinisch jedoch nicht. Was schliesslich den im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht vom Rücken zentrum F. _____ vom 1. Februar 2017 (BB 2) betrifft, so sind die darin gemachten Ausführungen im vorliegenden Fall nicht relevant und haben unberücksichtigt zu bleiben, da die geschilderten Gegebenheiten den Sachverhalt nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2017 (AB 226) betreffen und sich der zeitliche Überprüfungshorizont des angerufenen Gerichts grundsätzlich nur bis zur angefochtenen Verfügung erstreckt (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140, SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Aber selbst, wenn der Bericht berücksichtigt würde, könnte er keine Veränderung der Verhältnisse seit der Verfügung vom 1. Dezember 2014 begründen, zumal darin eine Veränderung nur mit dem Vergleich der 2016 angefertigten bildgebenden Aufnahmen mit jenen aus dem Jahre 2011 hergeleitet wird. 2011 ist jedoch im vorliegenden Verfahren nicht massgebender Vergleichszeitpunkt, da seither mehrmals ein Leistungsanspruch nach eingehender materieller Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen abgelehnt wurde.

3.5 Zusammenfassend ergibt sich, dass der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 1. Dezember 2014 (AB 205) nicht glaubhaft machen kann. Für das Gericht besteht somit kein Anlass, in den Beurteilungsspielraum der Beschwerdegegnerin einzugreifen (vgl. E. 2.2. hiavor). Bei dieser Sach- und Rechtslage ist die Beschwerdegegnerin zu Recht mit Verfügung vom 4. Januar 2017 (AB 226) auf das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers nicht eingetreten, weswegen die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

4.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet die Einzelrichterin:

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):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Einzelrichterin:

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.