

200 18 952 IV
SCP/PRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 4. März 2019

Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. November 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1960 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im April 2006 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Aktenbeilage [AB] 1). In der Folge holte die IVB diverse erwerbliche und medizinische Unterlagen ein und verfügte am 13. Dezember 2007 bei einem Invaliditätsgrad von 100% rückwirkend ab April 2006 die Ausrichtung einer ganzen Rente (AB 33). Anlässlich einer Revision von Amtes wegen gab der Versicherte im Januar 2008 eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes an (AB 34). Daraufhin veranlasste die IVB insbesondere ein Verlaufsgutachten und hob die laufende Rente bei einem Invaliditätsgrad von 20% mit Verfügung vom 20. Mai 2009 auf (AB 57). Die hiergegen erhobene Beschwerde (AB 61, S. 2 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 12. Januar 2010 ab (AB 69; IV/2009/568).

B.

Auf eine im Juli 2011 erfolgte Neuanmeldung zum Leistungsbezug (AB 71) trat die IVB mit Verfügung vom 25. Oktober 2011 mangels Glaubhaftmachung einer erheblichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht ein (AB 78). Die dagegen erhobene Beschwerde (AB 91, S. 3 ff.) hiess das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 28. Juni 2013 gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Streitsache zurück an die Beschwerdegegnerin, damit diese auf die Neuanmeldung eintrete und den Leistungsanspruch materiell prüfe (AB 134; IV/2011/1135). Die beruflichen Massnahmen (Integrationsmassnahmen [AB 89, 103 f., 117 f., 126], Arbeitsvermittlung [AB 129]) wurden im Oktober 2013 abgeschlossen, da der Versicherte in der freien Wirtschaft nicht eingegliedert werden konnte (AB 141). In der Folge holte die IVB unter anderem ein polydisziplinäres orthopädisch-psychiatrisches Gutachten mit internistischer Beurteilung der C._____ (MEDAS) vom 22. April 2015 ein (AB 184.1; vgl. auch psychiatrisches Gutachten vom 12. Februar 2015 und internistische Beurteilung vom 27. Fe-

bruar 2015, AB 183.1 und 185.1). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 192) verfügte die IVB am 21. August 2015 die Abweisung des Leistungsbegehrens (AB 197). Die hiergegen erhobene Beschwerde (AB 200) wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 29. Dezember 2016 ab (AB 209; IV/2015/857), was vom Bundesgericht mit Entscheid vom 13. März 2018 bestätigt wurde (9C_120/2017; AB 2016).

C.

Im Juli 2017 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an und reichte dazu verschiedene Unterlagen ein (AB 212, 215). Nach Einholung eines Berichts des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 3. Juli 2018 (AB 223, S. 4 ff.) verfügte die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 224) am 13. November 2018 das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren (AB 232).

D.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B._____, am 14. Dezember 2018 Beschwerde. Er stellt folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IVB vom 13. November 2018 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, auf den mit Schreiben vom 14. Juli 2017 geltend gemachten IV-Leistungsanspruch (Neuanmeldung) einzutreten und diesen materiell zu prüfen.
Eventualiter: die Beschwerdesache sei zur weiteren Prüfung der Eintretensfrage und zum anschliessenden Entscheid über das Eintreten auf die Neuanmeldung vom 14. Juli 2017 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Zur Begründung liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, er habe mit den eingereichten Unterlagen eine anspruchsbegründende Tatsachenänderung zumindest glaubhaft gemacht. Auf den Bericht des RAD-Arztes vom 3. Juli 2018 könne nicht abgestellt werden. Aufgrund der

radikulären C4-Symptomatik und der Hüftproblematik bestünden Anhaltspunkte für eine Verschlechterung der Gesundheitslage.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. Dezember 2018 wies der Instruktionsrichter den Beweisantrag betreffend einer Parteibefragung ab.

In der Beschwerdeantwort vom 18. Januar 2019 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. Januar 2019 setzte der Instruktionsrichter die öffentliche Schlussverhandlung nach Art. 6 Abs. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) auf den 26. Februar 2019 fest.

Am 29. Januar 2019 teilte die Beschwerdegegnerin dem Gericht mit, sie verzichte auf die Teilnahme an der Schlussverhandlung.

An der öffentlichen Schlussverhandlung vom 26. Februar 2019 wurde dem Beschwerdeführer die Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 29. Januar 2019 ausgehändigt. Weiter gab sein Rechtsvertreter die Kostennote zu den Akten. Zudem bestätigte und begründete der Beschwerdeführer die beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren. Sodann stellte der Beschwerdeführer den Antrag, es seien ein Operationsbericht vom 24. Januar 2019 sowie zwei Berichte des behandelnden Neurochirurgen vom 14. November 2018 und 28. Januar 2019 zu den Akten zu nehmen. Der Vorsitzende wies den Beweisantrag mit der Begründung ab, es sei ausschliesslich diejenige medizinische Aktenlage massgebend, welche sich der Beschwerdegegnerin beim Erlass der angefochtenen Verfügung geboten habe. Die nunmehr aufgelegten Beweismittel seien dagegen allesamt nach dem 13. November 2018 erstellt worden, weshalb sie im vorliegenden Verfahren so oder anders nicht zu berücksichtigen seien.

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. November 2018 (AB 232). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 14. Juli 2017 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 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. Wird in der Neuanmeldung oder dem Revisionsgesuch kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69).

2.4 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; der Sachverhalt muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsdarstellung nicht erstellen lassen. Grundsätzlich unterliegt das Glaubhaftmachen weniger strengen Anforderungen als im Zivilprozessrecht. Dort muss – im Gegensatz zum vollen Beweis – das Gericht von der Richtigkeit der behaupteten Sachdarstellung immerhin überzeugt sein, wenn auch nicht vollständig und unter Ausschluss jeden Zweifels (SVR 2017 IV Nr. 57 S. 188 E. 2.2, 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

2.5 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit

demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHJ 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Zu prüfen ist vorliegend, ob der Beschwerdeführer eine erhebliche Änderung des Sachverhalts, die geeignet ist, seinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu beeinflussen, in hinreichender Weise glaubhaft gemacht hat (vgl. E. 2.3 hiavor). Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt zur Zeit der leistungsabweisenden Verfügung vom 21. August 2015 (AB 197) – bestätigt durch das Urteil des Verwaltungsgerichts vom 29. Dezember 2016 (IV/2015/857; AB 209) sowie den Entscheid des Bundesgerichts vom 13. März 2018 (9C_120/2017; AB 216) –, mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. November 2018 (AB 232) entwickelt hat (vgl. E. 2.5 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 21. August 2015 (AB 197) stützte sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das polydisziplinäre (orthopädisch-psychiatrisch-internistische) MEDAS-Gutachten vom 22. April 2015 (AB 184.1). Darin diagnostizierten die Experten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein femoroacetabuläres CAM-Impingement mit Labrumläsion cranial und Chondropathie Grad I bis II femoroacetabulär links, eine rezidivierende depressive Störung mit überwiegend mittelgradigen depressiven Episoden, bestehend seit etwa 2010 (ICD-10: F33.1), und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; AB 184.1, S. 45). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Zervikovertebralsyndrom bei geringer Osteochondrose und Unkovertebralarthrose C4/5 und C5/6 ohne neurale Kompression, Schulterschmerzen links bei kleiner Partialruptur der Supraspinatussehne und dreimaliger Voroperation mit Acromioclaviculargelenksresektion, Acromioplastik und Deltoideusrefixation, eine Pseudolumboischialgie links bei leichter Facettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1 ohne neurale Kompression, eine Degeneration des medialen Meniskushinterhorns mit Chondropathie Grad II des medialen Kompartiments und Grad III retropatellär und Status nach arthroskopischem Hoffa-Shaving, medialer Teilmeniskuskektomie und Plica-Resektion links, eine Präadiposi-

tas, akzentuierte ängstlich vermeidende abhängige Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), eine Migräne, ein Nikotinabusus, ein lower urinary tract syndrome und ein Verdacht auf eine arterielle Hypertonie diagnostiziert (AB 184.1, S. 45 f.). Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung mit überwiegend mittelgradigen depressiven Episoden und Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation, der Kontaktfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit betrage die Arbeitsfähigkeit als Mitarbeiter in einer ... gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit mindestens Januar 2014 50% (Arbeitsunfähigkeit 50%; AB 184.1, S. 46). Körperlich leichte Tätigkeiten, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, nicht mit häufigem Laufen und nicht mit häufigen Positionen in der Hocke verbunden seien sowie Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit mindestens Januar 2014 zu 60% (Arbeitsunfähigkeit 40%) zugemutet werden (AB 184.1, S. 46 f.).

3.3 Die medizinische Situation präsentiert sich seit der Verfügung vom 21. August 2015 (AB 197) im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Im Bericht 8. Februar 2017 diagnostizierte Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik E._____, im Rahmen der Sprechstunde eine beginnende Coxarthrose links bei prominenter acetabulärer Hinterwand und CAM-Morphologie. Als Nebendiagnosen wurden eine rezidivierende Lumboischialgie links, ein chronifiziertes Schmerzsyndrom der Schulter links nach mehreren Operationen bei initial Impingementdiagnose, eine chronische infrapatelläre Bursitis Knie links mit intermittierend symptomatischer Meniskusläsion medial, eine reaktive depressive Episode mit Angst, ein Status nach zweimaliger Blinddarmoperation und ein Status nach Leistenhernienoperation rechts aufgeführt (AB 212, S. 3). Nach dem zumindest temporär sehr guten Ansprechen auf die Infiltration und dem Versagen der sonstigen konservativen Therapie biete sich trotz des relativ jungen Alters des Patienten eigentlich nur noch die Implantation eines künstlichen Hüftgelenks an (AB 212, S. 4).

Am 23. März 2017 unterzog sich der Beschwerdeführer einer Hüftoperation (Hüfttotalendoprothesenimplantation links; AB 212, S. 5 f.).

3.3.2 Am 30. November 2017 wurde im Institut F. _____ ein MRI der Halswirbelsäule (HWS) gemacht (AB 215, S. 4). Es wurde folgende Begründung festgehalten: „Minime linkskonvexe Skoliose der HWS. Kleines Wirbelhämangiom HWK3. Leichtgradige Osteochondrose zwischen HWK3 und HWK7 mit dorsalem Discbulging flacher rechts mediolateraler bis präforaminal reichender Diskushernie C3/4 mit begleitender Unkovertebralarthrose möglicher Reizung der C4-Wurzel rechts. Ansonsten keine Foramen- oder Spinalkanalstenose. Myelon intakt. Leichtgradige Spondylarthrose.“

3.3.3 Am 3. Januar 2018 wurde beim Beschwerdeführer in der Klinik G. _____ eine ergänzende foraminale periradikuläre Steroidinfiltration C3/4 links durchgeführt. Im Bericht vom 4. Januar 2018 diagnostizierte Dr. med. H. _____, Facharzt für Radiologie, ein deutlich regredientes radikuläres Reizsyndrom C4 rechts, aber anhaltende Symptomatik links bei beginnender Osteochondrose HWK3-7 mit dorsalem Discbulging, flacher rechts mediolateraler bis präforaminaler Diskushernie C3/4, begleitender unkarthrotischer foraminale Stenose C4 beidseits sowie möglicher Reizung der Wurzel C4 rechtsbetont (vide MR ... vom 30. November 2017), einen Status nach foraminale periradikuläre Steroidinfiltration C3/4 rechts vom 22. Dezember 2017 und eine Indikation zu einer ergänzenden foraminale periradikuläre Steroidinfiltration C3/4 links zwecks Ausbau der konservativen Behandlungsoptionen (AB 215, S. 2). Er habe den Beschwerdeführer gebeten, vorerst den vollen Steroideffekt abzuwarten. Danach werde über das weitere Vorgehen zu entscheiden sein (AB 215, S. 3).

3.3.4 Der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, führte im Bericht vom 3. Juli 2018 aus, die vorliegenden Akten würden keine neuen medizinischen Sachverhalte aufweisen, die eine dauerhafte, leistungseinschränkende Verschlechterung des Gesundheitszustandes begründeten (AB 223, S. 6).

3.3.5 Der Bericht vom 19. September 2019 und das MRI vom 26. September 2019 (Beschwerdebeilage [BB] 3 f.) wurden erstmals im Beschwer-

deverfahren eingereicht bzw. der Beschwerdegegnerin nach Erlass der Verfügung vom 13. November 2018 zugestellt (AB 233), weshalb sie grundsätzlich keine Berücksichtigung finden können (vgl. dazu E. 2.3 a.E. hiervor). Allerdings hat die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Beschwerdeantwort zu beiden Eingaben Stellung genommen.

Im Bericht vom 19. September 2018 – welcher lediglich von Dr. med. K._____ mit dem Vermerk „provisorisch“ unterzeichnet ist – diagnostizierten Dr. med. J._____, Facharzt für Neurochirurgie, und Dr. med. K._____ eine Osteochondrose mit breitbasiger rechtsbetonter, mediolateral bis präforaminal reichender Diskushernie auf Höhe HWK3/4, sowie Unkovertebralarthrose mit relativen foraminale Stenosen bei einem Verdacht auf ein radikuläres Reizsyndrom C4 beidseits. Die Infiltrationen hätten bewiesen, dass der Schmerzgenerator für die Nackenschmerzen im Bereich der Hernie HWK3/4 liege. Nun sei ein Problem im Bereich C8 rechts neu aufgetreten, so dass ein neues MRI von der Mikrodiskektomie HWK3/4 angefertigt werde (BB 3, S. 1). Dieses und das operative Vorgehen sei nochmals zu besprechen (BB 3, S. 2; vgl. dazu auch Einwilligungserklärung für einen ärztlichen Eingriff vom 14. November 2018 betreffend eine geplante Bandscheibenoperation, BB 5).

Am 25. September 2018 wurde im Institut F._____ ein MRI der HWS gemacht. Dem Bericht vom 26. September 2018 (BB 4) ist folgender Befund zu entnehmen: „Minime linkskonvexe Skoliose der HWS, bekanntes kleines Wirbelhämangiom HWK3. Leichtgradige Osteochondrose zwischen HWK3 und HWK7. Auf Höhe C3/4 findet sich eine flache rechts mediolaterale, bis präforaminal reichende Diskushernie mit begleitender Unkovertebralarthrose mit möglicher Reizung/leichtgradiger Kompression der C4-Wurzel rechts. Keine neu aufgetretene neurokompressive Pathologie auf Höhe C7/Th1, keine Beeinträchtigung der C8-Wurzel rechts. Myelon intakt. Leichtgradige Spondylarthrose, keine aktivierte Arthrose. Kleine Wurzelschenzysten am zervikothorakalen Uebergang. Im Vergleich zur MR-Voruntersuchung vom 30. November 2017 zeigt sich keine signifikante Befundänderung.“

3.3.6 Im Bericht vom 6. Oktober 2018 führte Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Beschwerdeführer befin-

de sich seit einigen Jahren wegen komplexen chronisch fluktuierenden, medikamentös- und psychotherapeutisch kaum noch therapierbaren depressiven Störungen, bei ihm in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Der Gesundheitszustand habe sich im letzten Jahr insgesamt weiter verschlechtert. Die Arbeitsfähigkeit sei eindeutig und langfristig um etwa 50% für alle Erwerbstätigkeiten eingeschränkt (AB 230, S. 4).

3.4 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5 Aus somatischer Sicht hat Dr. med. I. _____, Arzt des RAD, die medizinischen Befunde verglichen und in der Notiz vom 3. Juli 2018 (AB 233, S. 4 ff.) schlüssig dargelegt, dass eine Veränderung des Gesundheitszustandes, die eine rentenrelevante Änderung des Invaliditätsgrades zur Folge hätte, nicht glaubhaft gemacht wurde. Der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin das Dossier dem RAD zur Beurteilung vorlegt hat, lässt vorliegend nicht auf ein faktisches Eintreten (mit materieller Prüfung) schliessen, wie dies der Beschwerdeführer anlässlich der Schlussverhandlung unter Hinweis auf einen nicht näher bezeichneten Entscheid des Verwaltungsgerichts geltend gemacht hat. Denn die Beschwerdegegnerin unterbreitete das Dossier dem RAD ausschliesslich mit der Fragestellung, ob die geltend gemachte Änderung des Gesundheitszustandes glaubwürdig sei (vgl. AB 223, S. 2) und nicht dagegen auch zur Frage, welche Auswirkungen die medizinischen Befunde auf das funktionelle Leistungsvermögen haben. Insoweit liegt ein anderer Sachverhalt vor, als er vom Verwaltungsgericht im Urteil vom 29. Januar 2016 (IV/2015/848, E. 4.3; abrufbar unter http://www.justice.be.ch/justice/de/index/entscheide/entscheide_rechtsprechung/entscheide/verwaltungsgericht.html) beurteilt wurde.

Die von Dr. med. D. _____ im Bericht vom 8. Februar 2017 diagnostizierte beginnende Coxarthrose links (AB 212, S. 3; vgl. auch AB 212, S. 4) wurde bereits im Bericht vom 19. November 2014 von den Ärzten der Klinik E. _____ diagnostiziert (AB 167, S. 3). Schon damals kam für die zu weit fortgeschrittene Coxarthrose mit nachweisbaren Knorpelschäden eine Versorgung mittels hüftgelenkserhaltender Chirurgie nicht mehr in Frage (AB 167, S. 4). Im MEDAS-Gutachten vom 22. April 2015 wurde sodann von Beschwerden in der linken Hüfte (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) seit spätestens Oktober 2014 ausgegangen, wobei eine körperlich leichte Tätigkeit zu 100% als zumutbar erachtet wurde (AB 184.1, S. 12 ff.). Durch die am 23. März 2017 durchgeführte Hüfttotalendoprothesenimplantation links (AB 212, S. 5) mit anschliessender Physiotherapie (AB 212, S. 7), ist per Neuanschuldung vom 14. Juli 2017 eine anhaltende Verschlechterung des Hüftleidens nicht glaubhaft gemacht, zumal im Verwaltungsverfahren vom Beschwerdeführer auch keine in eine solche Richtung weisende (Verlaufs-)Berichte eingereicht wurden (vgl. E. 2.3 hiervor).

Soweit der Beschwerdeführer eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund der rezidivierenden Nackenschmerzen vorbringt, vermag dies ebenfalls nicht zu überzeugen. Bereits im MRI der HWS vom 30. August 2013 wurde eine therapierefraktäre Zervikalgie dokumentiert. Das MRI ergab eine leichtgradige Osteochondrose C3/4, C5/6, C6/7 sowie eine leichtgradige Spondylarthrose. Eine neurokompressive Diskushernie wurde verneint (AB 167, S. 10). Im orthopädischen Teilgutachten vom 2. März 2015 diagnostizierte der Experte sodann ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Zervikovertebralsyndrom bei geringer Osteochondrose und Unkovertebralarthrose C4/5 und C5/6 ohne neurale Kompression (AB 184.1, S. 10). Neben den klinischen Befunden stellte der Experte dabei auch auf das von ihm in Auftrag gegebene MRI der HWS vom 17. Februar 2015 ab (AB 184.1, S. 9). Im MRI der HWS vom 30. Juli 2017 (AB 215, S. 4) wurde unverändert eine beginnende Osteochondrose zwischen HWK3 und HWK7 sowie eine leichtgradige Spondylarthrose festgestellt. Daneben wurde zwar neu eine rechts mediolaterale bis präforminal reichende Diskushernie C3/4 mit begleitender Unkovertebralarthrose und *möglicher* Reizung der C4-Wurzel rechts erwähnt. Doch genügt dieser Befund zur Glaubhaftmachung einer dauerhaften Verschlechterung des Ge-

sundheitszustandes deshalb nicht, weil mit der am 22. Dezember 2017 erfolgten Steroidinfiltration C3/4 rechts das Zervikalsyndrom deutlich zurückgegangen ist (AB 215, S. 2) und Dr. med. H. _____, soweit die Symptomatik links weiterhin beklagt wurde, am 3. Januar 2018 eine ergänzende Steroidinfiltration C4/5 links durchführte (AB 215, S. 2). Berichte über weitere Behandlungen hat der Beschwerdeführer bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung der Beschwerdegegnerin nicht zukommen lassen. Die Beschwerdegegnerin durfte deshalb davon ausgehen, dass der Steroideffekt der zweiten Infiltration seine therapeutische Wirkung – Dr. med. H. _____ hielt im Bericht vom 4. Januar 2018 dafür, vor Einleitung weiterer Massnahmen sei vorerst der volle Steroideffekt abzuwarten (vgl. AB 215, S. 3) – gezeigt hat und mit dem MRI-Befund vom 30. Juli 2017 eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft gemacht wurde. Diesbezüglich kommt hinzu, dass die Schulterschmerzen links bereits anlässlich der MEDAS-Begutachtung im April 2015 bestanden, wobei allerdings die geklagten Beschwerden damals weder mit den klinischen noch den bildgebenden Befunden objektiviert werden konnten (AB 184.1, S. 10 ff.). Auch in der Beurteilung des MRI von November 2017 wird eine Reizung der C4-Wurzel rechts als bloss *möglich* erwähnt, womit aufgrund der der Beschwerdegegnerin vorliegenden Aktenlage – entgegen der vom Beschwerdeführer sowohl in der Beschwerde (S. 9 unten) als auch anlässlich der Schlussverhandlung vertretenen Auffassung – im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids eine Reizung der Nervenwurzel keineswegs feststand. Soweit der Beschwerdeführer schliesslich sowohl in der Beschwerde als auch anlässlich der Schlussverhandlung vorbringt, er habe im Einwand vom 23. Oktober 2018 erwähnt, dass die radikulären Schmerzen therapieresistent persistierten und eine Operationsindikation in Diskussion stehe (vgl. AB 230, S. 2 und 4), weshalb die IVB angehalten gewesen wäre, weitere Abklärungen vorzunehmen, verfängt dies nicht. Der Beschwerdeführer bezog sich im Einwandschreiben vom 23. Oktober 2018 (AB 230) lediglich auf die Angaben des behandelnden Psychiaters, obwohl es ihm bereits in diesem Zeitpunkt möglich gewesen sein musste, entsprechende fachärztliche Befunde und Berichte einzureichen, stammt doch der Bericht der Dres. med. J. _____ und K. _____ vom 19. September 2018 und das MRI vom 25. September 2018 (vgl. dazu Ausführungen im nächsten Abschnitt). Bei dieser Sachlage

entbehrt es jeder Grundlage, wenn der Beschwerdeführer der IVB, wie anlässlich der Schlussverhandlung vorgetragen, ein rechtsmissbräuchliches Verhalten vorwirft. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach der zweiten Infiltration links im Januar 2018 der IVB keine weiteren (fachärztlichen) somatischen Berichte mehr einreichte, weshalb diese im Nachgang an das Einwandschreiben vom 23. Oktober 2018 mit guten Gründen am 13. November 2018 den Entscheid über das Neuanmeldungs-gesuch fällen durfte (AB 232). Dass sich die IVB hierbei in rechtsmissbräuchlicher Absicht eines „Fallbeils“ bedient hätte, kann somit nicht die Rede sein. Überzeugende Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes wurden vom Beschwerdeführer entgegen dessen Darlegungen (und Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 2) im hier massgebenden Zeitraum gerade nicht beigebracht. Es bleibt in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass im Verfahren der Neuanmeldung nach Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1 S. 377) insoweit nicht spielt, als die versicherte Person in Bezug auf das Vorliegen einer glaubhaften Änderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Leistungsverweigerung eine Beweisführungslast trifft (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 10. August 2016, 9C_367/2016, E. 2.3 und vom 8. Juli 2011, 9C_236/2011, E. 2.1.2; vgl. auch E. 2.3 hiavor).

Der Bericht vom 19. September 2018 und das MRI der HWS vom 25. September 2018 (BB 3 f.; E. 3.3.5 hiavor) haben für die vorliegende Überprüfung grundsätzlich unberücksichtigt zu bleiben, da sie erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung bzw. im Beschwerdeverfahren eingereicht worden sind (vgl. E. 2.3 hiavor sowie prozessleitende Verfügung vom 17. Dezember 2018). Dazu bleibt festzuhalten, dass der Beschwerdeführer die vom 19. und 26. September 2018 datierten Berichte – wie hiavor erwähnt – bereits zusammen mit der Eingabe vom 23. Oktober 2018 (AB 230) im Verwaltungsverfahren hätte einreichen können, wurden ihm doch von der Beschwerdegegnerin zur Ergänzung des Sachverhalts wiederholt Fristverlängerungen gewährt (vgl. AB 227 - 229). Doch selbst wenn diese erstmals im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte berücksichtigt würden, wäre eine Glaubhaftmachung einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht gegeben. So konnte der von den Dres. med.

J._____ und K._____ – welche im Übrigen von einem schmerzfreien Intervall nach der zweiten Infiltration im Januar 2018 berichten – geäußerte Verdacht auf ein radikuläres Reizsyndrom beidseits sowie die neu aufgeführte Problematik im Bereich C8 rechts (BB 3) im MRI der HWS vom 25. September 2018 nicht objektiviert werden. Dieses zeigte im Vergleich zur Voruntersuchung vom 30. November 2017 vielmehr keine signifikante Befundänderung. Insbesondere wurden weder eine neu aufgetretene neurokompressive Pathologie auf Höhe C7/Th1 noch eine Beeinträchtigung der C8-Wurzel rechts festgestellt (BB 4). Was die anlässlich der Schlussverhandlung aufgelegten Berichte vom 14. November 2018 sowie vom 24. und 28. Januar 2019 und die Abweisung des entsprechenden Beweisantrages anbetrifft, gilt es schliesslich unter Hinweis auf die Ausführungen in E. 2.3 hiervor am Ende festzuhalten, dass entgegen der vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung das Gericht verspätet eingereichte oder erst nach dem Erlass des angefochtenen Entscheides erstellte Berichte selbst dann nicht zu berücksichtigen hat, wenn sie geeignet wären, um Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand vor dem Erlass der Verfügung zu ziehen.

Hinsichtlich der weiteren somatischen Schmerzsymptomatik – insbesondere betreffend die Knieschmerzen und die Lumboischialgie links (vgl. AB 71, S. 2 f. und 6 ff.; 184.1, S. 8 ff.) – macht der Beschwerdeführer keine Veränderungen geltend, was denn auch der medizinischen Sachlage entspricht.

3.6 Nichts anderes ergibt sich mit Blick auf den psychiatrischen Gesundheitszustand. Zwar führte der den Beschwerdeführer seit 2006 behandelnde Dr. med. L._____ im Bericht vom 6. Oktober 2018 aus, der Gesundheitszustand habe sich in den letzten Jahren insgesamt weiter verschlechtert und attestierte eine 50%-ige Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit in allen Erwerbstätigkeiten (AB 230, S. 4). Jedoch erwähnte der behandelnde Psychiater bereits in seinen Berichten vom 8. April 2011 und 5. April 2014 jeweils einen sich weiter verschlechternden Gesundheitszustand, wobei er bei einem weitgehend identischen Beschwerdebild (chronische komplexe psychische Störungen unter Hinweis auf psychosoziale Faktoren) stets eine Arbeits(un)fähigkeit von 50% attestierte (AB 71, S. 4;

150, S. 1; vgl. dazu auch MEDAS-Gutachten vom 22. April 2015, AB 184.1, S. 35).

3.7 Zusammenfassend wurde bis zum Verfügungserlass vom 13. November 2018 keine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit glaubhaft dargetan. Nach dem Gesagten ist die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanschuldung vom 14. Juli 2017 (AB 232) nicht eingetreten. Die Beschwerde ist abzuweisen.

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. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem doppelt geleisteten Kostenvorschuss von insgesamt Fr. 1'600.-- entnommen. Der vom Beschwerdeführer zu viel geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist ihm zurückzuerstatten.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 AVIG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG); der Beschwerdegegnerin steht praxisgemäss ebenfalls keine Parteientschädigung zu (Art. 104 Abs. 3 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 lit. a VRPG).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem doppelt geleisteten Kostenvorschuss von insgesamt Fr. 1'600.-- entnommen.
3. Der doppelt geleistete Kostenvorschuss im Betrag von Fr. 800.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 26. Februar 2019)
 - IV-Stelle Bern (samt Kostennote vom 26. Februar 2019 und Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 26. Februar 2019)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

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.