

200 21 142 IV  
LOU/LUB/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 15. September 2021**

Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. Januar 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1965 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ..., bezog aufgrund der Folgen eines ...selbstunfalls mit Beteiligung der Halswirbelsäule ab dem 1. April 1995 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente der Invalidenversicherung (IV; Akten der IV [act II] 52.1 S. 50, 53.1 S. 160 f., 218). Diese wurde revisionsweise mehrfach bestätigt (act. II 35, 53.1 S. 1 ff., 58). Im Rahmen einer im Januar 2013 von Amtes wegen eingeleiteten Revision (act II 61) liess die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) den Versicherten polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 18. Dezember 2015; Akten der IVB [act. IIA] 104.1) und stellte mit Verfügung vom 18. Mai 2016 (act. IIA 110) infolge Verletzung der Mitwirkungspflicht die Rente mit sofortiger Wirkung ein. Nachdem der Versicherte am 13. Januar 2017 (Posteingang [act. IIA 116.1 S. 1]) seiner Mitwirkungspflicht nachgekommen war, traf die IVB weitere Abklärungen und richtete die bisherige halbe Rente mit Verfügung vom 30. März 2017 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 wieder aus (act. IIA 128). Zwischenzeitlich hatte sich der Versicherte am 2. Februar 2017 einem operativen Eingriff an der Halswirbelsäule unterzogen (vgl. act. IIA 122 S. 5 ff., 124 S. 10 f.), woraufhin die IVB weitere medizinische Unterlagen, eine diesbezügliche Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 4. April 2018 (act. IIA 155 S. 5 ff.) sowie einen Abklärungsbericht für Selbstständigerwerbende vom 6. April 2018 (act. IIA 156 S. 2 ff.) einholte. Gestützt darauf erhöhte sie – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und Rücksprache mit dem RAD (vgl. act. IIA 157, 159, 166, 169, 171 f.) – mit Verfügung vom 31. Juli 2018 (act. IIA 173) die Rente vorübergehend vom 1. März bis 30. September 2017 auf eine ganze Rente und hob die anschliessend ab dem 1. Oktober 2017 wieder ausgerichtete halbe Rente per 31. August 2018 auf. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. IIA 174, 181, 186 S. 3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit unangetroffenen gebliebenem Urteil vom 18. November 2019, IV/2018/617 (act. IIA 200), ab.

**B.**

Bereits mit E-Mail vom 1. November 2019 (act. IIA 198) gelangte der Versicherte erneut an die IVB. Nach Eingang medizinischer Berichte (act. IIA 207 S. 2, 209 S. 2) und diesbezüglicher Stellungnahme des RAD (act. IIA 210 S. 8 ff.) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 29. Juni 2020 (act. IIA 211) das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren mangels glaubhaft gemachter wesentlicher Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse in Aussicht, wogegen der Versicherte am 24. Juli 2020 Einwand erhob (act. IIA 214). Mit Verfügung vom 20. Januar 2021 (act. IIA 217) hielt die IVB dem Vorbescheid entsprechend am Nichteintreten fest.

**C.**

Mit Eingabe vom 10. Februar 2021 bzw. nach Aufforderung des Instruktionsrichters (vgl. prozessleitende Verfügung vom 16. Februar 2021) mit verbesserter Eingabe vom 25. Februar 2021 erhob der Versicherte Beschwerde. Er beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 20. Januar 2021 und die Zusprechung einer Rente.

In der Beschwerdeantwort vom 7. April 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

**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 Staats-

anwaltschaft (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 20. Januar 2021 (act. II 217). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom November 2019 (act. II 198) zu Recht nicht eingetreten ist. Soweit der Beschwerdeführer die Zusprache einer Rente der IV beantragt (vgl. Beschwerde S. 1), beschlägt dies nicht den Anfechtungs- und Streitgegenstand, weshalb darauf nicht einzutreten ist (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 7. November 2019, 9C\_309/2019, E. 2.2).

**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 So-

zialversicherungsrecht 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 eine Rente der IV zu beeinflussen, in zureichender Weise glaubhaft gemacht hat (vgl. E. 2.3 hiavor). Dabei ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 31. Juli 2018 (act. IIA 173), bestätigt durch VGE IV/2018/617 (act. IIA 200), mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 20. Januar 2021 (act. IIA 217) zu vergleichen.

**3.2** Die Verfügung vom 31. Juli 2018 (act. IIA 173) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf der Aktenbeurteilung des RAD-Arztes Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, vom 4. April 2018 (act. IIA 155), welcher das Verwaltungsgericht in VGE IV/2018/617 volle Beweiskraft zusprach (act. IIA 200 S. 13 ff. E. 3.4). Dr. med. B.\_\_\_\_\_

diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit zervikaler Betonung und eine beginnende Cox-arthrose beidseits bei Coxa valga (act. IIA 155 S. 17-20). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine chronische Periathropathie der linken Schulter, Polyarthralgien (Finger-, Hand-, Schulter-, Hüft- und Kniegelenke), ein Carpaltunnelsyndrom beidseits, ein Diabetes mellitus Typ 1, Hypertonus, Hyperlipidämie, ein langjähriger Nikotinmissbrauch (40 py), eine Dysthymia, eine chronisch venöse Insuffizienz sowie eine Reflux-Ösophagitis bei Hiatushernie (act. IIA 155 S. 20-22). Eine seit circa Januar 2013 bestehende Stenose des Spinalkanals sei am 2. Februar 2017 operativ saniert worden. Die postoperativen bildgebenden und klinischen Untersuchungen hätten im März 2017 stabile Verhältnisse und tendenziell rückläufige Befunde gezeigt. Bei weiteren Untersuchungen im Juni 2017 seien keine neuen sensomotorischen Defizite beschrieben worden; die Symptomatik sei sehr diffus, mehr subjektiv vom Beschwerdeführer wahrgenommen. Erneute bildgebende Abklärungen hätten affirmativ sicher einen weiten Spinalkanal gezeigt. Gemäss dem hinzugezogenen Neurologen erinnere die vom Beschwerdeführer geschilderte generalisierte Schmerzsymptomatik mehr an eine muskulo-skelettale Symptomatik als eine neurologische. Die behandelnde Diabetologin beschreibe im Bericht vom 18. August 2017 (vgl. act. IIA 142/9 f.) eine Abnahme des chronischen Schmerzzustandes. Gemäss der Einschätzung des behandelnden Rheumatologen im Bericht vom 25. September 2017 (vgl. act. II 142 S. 6-8) könnten die Schmerzen am Bewegungsapparat zwar einen mechanisch-degenerativen Ursprung haben, seien jedoch funktionell überlagert. Hinweise für ein entzündlich-rheumatisches Geschehen habe er nicht gefunden. Er äusserte zudem den Verdacht auf eine chronische Schmerzkrankheit mit physischen und psychischen Anteilen. Weiter hielt der RAD-Arzt fest, eine depressive Episode bei multifaktorieller psychosozialer Belastungssituation sei keine länger andauernde bzw. dauerhafte funktionelle Einschränkung (act. IIA 155 S. 23 f.). Nach dem MEDAS-Gutachten vom 18. Dezember 2015 (vgl. act. IIA 104.1), welches keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes ausweise, sei der Beschwerdeführer am 2. Februar 2017 an der HWS operiert worden. Für den Zeitraum der Rekonvaleszenz von Februar bis Juni 2017 bestehe deshalb eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Ab Juli 2017 seien in keinem Befund neurologische Defizite be-

schrieben worden, die als funktionelle Einschränkungen gelten könnten. Als Folge der Operation bestehe durch die Fusion der Segmente C3/4 eine Einschränkung der Beweglichkeit der HWS, die im Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt werde. Gemäss dem MEDAS-Gutachten bestehe in einer wechselbelastenden, körperlich leichten Tätigkeit mit der Möglichkeit zur Einnahme von regelmässigen und auch nach Bedarf längeren Pausen, wie administrativen Tätigkeiten oder ... etc. (entsprechend 20 % des Tätigkeitsbereichs als ...) bzw. einer sonstigen, dem körperlichen Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aus aktueller RAD-ärztlicher Sicht sei wegen des Diabetes zusätzlich eine Leistungsmin- derung von 20 % des Pensums anzurechnen. Im MEDAS-Gutachten seien in den Bereichen Psychiatrie und Neuropsychologie keine signifikanten psychischen, geistigen oder objektive funktionelle Gesundheitsschäden dokumentiert. Insbesondere sei keine somatoforme Schmerzstörung dia- gnostiziert worden. Die vormals im MEDAS-Gutachten angenommene Restarbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... sei aufgrund der operativen Fixierung des HWS-Segments C3/4 im Februar 2017 nicht mehr zumutbar (act. IIA 155 S. 25 f.). Seit dem MEDAS-Gutachten bestünden keine Hinweise für eine dokumentierte neue psychische oder geistige Pro- blematik. Es werde keine formale psychiatrische Diagnose gestellt und der Beschwerdeführer sei nicht in einer spezialisierten psychiatrischen Behand- lung. Rheumatologisch werde formal keine spezifische Schmerzkrankheits- diagnose gestellt. Ebenso seien in den medizinischen Akten keine Kriterien für ein Fibromyalgie-Syndrom zu erkennen. Der behandelnde Rheumatolo- ge habe weder anamnestisch, noch labormässig bzw. radiologisch die Dia- gnose einer entzündlichen Krankheit bestätigt. Mit den aktuell vorliegenden Befunden sei seit dem MEDAS-Gutachten bis auf die HWS-Operation vom 2. Februar 2017 und die vom behandelnden Rheumatologen diagnostizier- te Coxarthrose keine Verschlechterung ausgewiesen. Seit Juli 2017 sei dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste, leichte, wechselbelasten- de Tätigkeit ohne ausschliessliche Steh- und Gehbelastung ganztägig mit einer Leistungsmin- derung von 20 % wegen des Diabetes und der Hüftge- lenksarthrose zumutbar. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen, Rotation im Sitzen/Stehen und Gewichtsbelastung, körperfernes Heben von Lasten, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Be- steigen 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 in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte bis 10 kg gehoben und getragen werden. Vermieden werden sollten das Gehen auf unebenem Gelände, Besteigen von Leitern und Gerüsten, häufiges Treppensteigen und Arbeiten bei Kälte, Nässe oder Zugluft. Dieses Zumutbarkeitsprofil gelte bis zur fachärztlich-neurologischen Operationsempfehlung vom 12. Dezember 2016 betreffend die Entlastungsoperation vom 2. Februar 2017 und nach der Kontrolluntersuchung der Klinik C.\_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2017 wieder seit Juli 2017 (act. IIA 155 S. 26 f.). An dieser Einschätzung hielt der RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ in seiner zusätzlichen Aktennotiz vom 10. Juli 2018 (act. IIA 172) im Zusammenhang mit vom Beschwerdeführer beigebrachten kardiologischen Arztberichten unverändert fest.

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit Erlass der Verfügung vom 31. Juli 2018 (act. IIA 173) ergibt sich aus den Akten soweit entscheidwesentlich das Folgende:

**3.3.1** Im Austrittsbericht des Zentrums D.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_, vom 21. August 2018 (act. IIA 186 S. 9) erwähnte PD Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Gefässchirurgie, nach durchgeführter Femoralgabeldesobliteration beidseits, Profundplastik links mittels bovinem Perikardpatch und Aorto-bifemorale Y-Prothese, vom 8. August 2018 (Operationsbericht vom 8. August 2018; act. IIA 186 S. 8), als Hauptdiagnose eine schwerste aorto-iliaco-femorale Arteriosklerose entsprechend einer PAVK (peripheren arteriellen Verschlusskrankheit) Fontaine IIb beidseits, KHK (koronare Herzkrankheit) mit Status nach PTCA (percutaneous transluminal coronary angioplasty; Koronardilatation), einen Diabetes mellitus Typ 1 mit beginnender Retinopathie, Nephropathie sowie Angiopathie und als Nebendiagnose eine arterielle Hypertonie, eine Hypercholesterinämie und eine Myelopathie cervical bei hochgradiger Spinalkanalstenose sowie Status nach Stabilisation/Fusion C3/C4. Postoperativ liege ein komplikationsloser Verlauf mit reizlosen Wundverhältnissen und Wundheilung sowie ein rascher Nahrungsmittelaufbau nach in Gang kommen der Darmtätigkeit vor. Bis acht Wochen postoperativ dürften keine schweren Lasten von über 15 kg gehoben werden (act. IIA 186 S. 9).

Am 30. Oktober 2018 berichtete PD Dr. med. F. \_\_\_\_\_ auf telefonische Rückfrage des RAD-Arzt Dr. med. B. \_\_\_\_\_ hin, beim Beschwerdeführer lägen schwere Gefässschädigungen vor. Aus angiologischer Sicht sei er acht bis zehn Wochen nach der am 8. August 2018 durchgeführten Gefässoperation wieder voll in seiner Funktion als ... und ... arbeitsfähig (Aktennotiz vom 30. Oktober 2018; act. IIA 190).

**3.3.2** Dr. med. B. \_\_\_\_\_ führte am 1. November 2018 aus, zusammenfassend sei festzustellen, dass nach dem aktuellen Eingriff (Gefässoperation vom 8. August 2018) gemäss Austrittsbericht von PD Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 21. August 2018 sowie Telefonat vom 30. Oktober 2018 für einen Zeitraum von max. zehn Wochen eine zeitlich befristete Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Rekonvaleszenz von 100 % begründet sei. Dieser neue medizinische Sachverhalt führe nicht zu einer Veränderung früherer medizinischer Einschätzungen und zu keiner Veränderung des Zumutbarkeitsprofils (act. IIA 191 S. 27).

**3.3.3** Im Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_, vom 10. Dezember 2018 (act. IIA 195 S. 4 ff.) diagnostizierte Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige bis schwere Episode, latente Suizidalität, ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom mit körperlichen und psychischen Anteilen und einen Diabetes mellitus Typ 1 (S. 4). Es finde sich ein chronisches Schmerzsyndrom, welches zusätzlich durch eine aktuell mittelgradige bis schwere Depression noch exazerbiert werde. Hinzu käme eine generalisierte vaskuläre Erkrankung im Rahmen verschiedener kardiovaskulärer Risikofaktoren wie Diabetes, Rauchen, Hypertonie. Auch von dieser Seite her würden einerseits die Stimmung und andererseits die Schmerzempfindung befeuert (S. 6).

Am 28. Februar 2020 (act. IIA 207 S. 2 f.) führte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ gegenüber dem einstigen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus, es sei offensichtlich, dass sich das Zustandsbild auf der körperlichen wie auch auf der psychischen Ebene erheblich verschlechtert habe. Somatisch fände sich ein multimorbider Mann, d.h. der Beschwerdeführer leide unter einer chronischen Schmerzstörung, einem Diabetes mellitus mit erheblichen, sich verstärkenden Spätfolgen die Niere sowie die Retina betreffend.

Ebenso sei der ganze Körper durch die Gefässerkrankung (koronare Dreifässerkrankung, Status nach PTCA und Stenteinlage im April 2018, Leriche-Syndrom) in Anspruch genommen bzw. geschwächt. Die chronischen Schmerzen seien einerseits durch diverse schwerwiegende körperliche Einschränkungen durch Degeneration (Arthrose) sowie durch stattgehabte Unfälle erklärbar, zum anderen aber auch durch die, durch die chronische Stressbelastung geprägte psychische Erkrankung. Diese manifestiere sich vordergründig als schwere Depression mit latenter Suizidalität. Hintergründig finde sich im Rahmen der biographischen Situation und der psychosozialen Anamnese eine lebenslange Überforderung, welche auf unzuverlässige primäre Bindungen im Elternhaus zurückzuführen sei, sowie auch durch die stattgehabten, schweren traumatisierenden Missbrauchserfahrungen bedingt sei. Das Schmerzsyndrom werde also in dieser Form und Ausweitung, welche in den letzten Monaten deutlich vorangeschritten sei, und dies trotz intensiver therapeutischer Bemühungen, nur dann verstehbar, wenn man die psychosoziale Anamnese, den daraus resultierenden chronischen Stress und das zentrale Hypersensibilitätssyndrom, welches beim Beschwerdeführer sehr ausgeprägt sei, in Anschlag bringe (act. IIA 207 S. 2). Zusammenfassend handle es sich um eine äusserst schwere, komplexe psycho-physische Erkrankung, die durch die Arbeitsunfähigkeit und die enorme psychosoziale Belastung noch zusätzlich verschärft werde. Aktuell und sicher bis auf Weiteres bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Die beschriebene schwergradige körperliche wie auch psychische Erkrankung werde oft, gerade von offiziellen Stellen wie der IV, massiv unterschätzt (act. IIA 207 S. 3).

**3.3.4** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 9. März 2020 zuhause des ehemaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, die gesundheitliche Situation sei sehr komplex. Die Situation habe sich seit dem 31. Juli 2018 weiterhin verschlechtert. Im Wesentlichen sei es das generalisierte Schmerzproblem (beinbetont). Trotz intensiver diagnostischer Abklärung und multimodalem Behandlungsplan seien die Beschwerden leider progredient. Zusätzlich zur bereits bekannten Durchblutungsstörung der Beine, welche im August 2018 operativ behandelt worden sei, bestehe neu eine diabetische Polyneuropathie, welche die Schmerzen verstärke. Die psychische Situation sei aufgrund der massiven

psychosozialen Belastung (krankheitsbedingt, familiär, finanziell) massgeblich mitentscheidend. Die Frage der Arbeitsfähigkeit sei sehr schwer beurteilbar. Diesbezüglich werde das Einbeziehen der Beurteilung des behandelnden Psychiaters (Dr. med. H. \_\_\_\_\_) empfohlen (act. IIA 209 S. 2).

**3.3.5** Im RAD-Bericht vom 24. Juni 2020 (act. IIA 210 S. 8 ff.) hielt Dr. med. B. \_\_\_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wiederkehrende Rückenschmerzen mit zervikaler Betonung mit/bei degenerativen Veränderungen ohne relevante sensomotorische Ausfallerscheinungen, eine beginnende Coxarthrose beidseits bei Coxa valga, eine koronare Zwei- bis Dreifässerkrankung und ein Leriche-Syndrom fest. Ohne Auswirkungen seien eine chronische Periathropathie der linken Schulter, Polyarthralgien (Finger-, Hand-, Schulter-, Hüft- und Kniegelenke), ein Carpal-tunnelsyndrom beidseits (keine relevante Verschlechterung zum Befund in der Neurologie des Spitals G. \_\_\_\_\_ im 2013), ein Diabetes mellitus Typ 1, ein Hypertonus, eine Hyperlipidämie, ein langjähriger Nikotinmissbrauch, eine Dysthymia, eine chronische venöse Insuffizienz und eine Reflux-Ösophagitis bei Hiatushernie. In den vorgelegten Schreiben der Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ würden weder fachärztlich-psychiatrisch noch hausärztlich objektive Untersuchungsbefunde vorgelegt. Eine veränderte medizinische Situation bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Verfügung vom 31. Juli 2018 werde ohne Vorlage objektiver Befunde nicht glaubhaft gemacht. Neue objektivierbare Einschränkungen/Befunde lägen nicht vor (S. 11). Das Zumutbarkeitsprofil habe sich nicht geändert (S. 12).

**3.4** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.5** Der Bericht des RAD-Arztes Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 24. Juni 2020 (act. IIA 210 S. 8 ff.) erfüllt die hiervor wiedergegebenen Beweisforderungen und erbringt vollen Beweis. Dessen Einschätzung, wonach eine veränderte Situation bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustands im massgebenden Zeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) nicht glaubhaft gemacht worden sei (act. IIA 210 S. 11), ist schlüssig begründet und überzeugt.

Hinsichtlich der Gefässoperation vom 8. August 2018 (act. IIA 186 S. 8) lag gemäss Austrittsbericht des Zentrums D. \_\_\_\_\_ vom 21. August 2018 (act. IIA 186 S. 9) ein komplikationsloser Verlauf mit reizlosen Wundverhältnissen und Wundheilung sowie ein rascher Nahrungsmittelaufbau nach in Gang kommen der Darmtätigkeit vor (act. IIA 186 S. 9). Am 30. Oktober 2018 berichtete PD Dr. med. F. \_\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer aus angiologischer Sicht acht bis zehn Wochen nach der am 8. August 2018 durchgeführten Gefässoperation wieder voll in seiner Funktion als ... und ... arbeitsfähig sei (act. IIA 190). Aus revisionsrechtlicher Hinsicht ist diese zwischenzeitliche gesundheitliche Veränderung bzw. Verschlechterung unbeachtlich, da es sich bloss um eine solche vorübergehender Natur handelte, welche zugleich mit Ablauf von max. zehn Wochen wieder dahingefallen ist bzw. nicht länger als drei Monate angedauert hat (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; SVR 2017 IV Nr. 71 S. 220 E. 2.3.1). Der Arzt des RAD, Dr. med. B. \_\_\_\_\_, wies denn auch bereits in seinem Bericht vom 1. November 2018 zutreffend darauf hin, dass dieser neue medizinische Sachverhalt nicht zu einer Veränderung früherer medizinischer Einschätzungen und zu keiner Veränderung des Zumutbarkeitsprofils geführt habe (act. IIA 191 S. 27). Eine wesentliche Veränderung kann damit infolge der Gefässoperation vom 8. August 2018 nicht glaubhaft gemacht werden.

Ebenso wenig kann anhand der Berichte bzw. Stellungnahmen von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ der Psychosomatischen Medizin des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2018 (act. IIA 195 S. 4 ff.) und 28. Februar 2020 (act. IIA 207 S. 2 f.) bzw. der Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 9. März 2020

(act. IIA 209 S. 2) eine wesentliche Veränderung glaubhaft gemacht werden. Soweit im Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2018 eine allfällige Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Nachgang zum negativen Rentenentscheid beschrieben wurde, ist das, wie bereits in VGE IV/2018/617 festgehalten, als reaktive Störung zu werten, in welcher jedoch rechtsprechungsgemäss keine invalidisierende psychische Beeinträchtigung erblickt werden kann, ansonsten der gesetzliche Invaliditätsbegriff seine Konturen verlöre (act. IIA 200 S. 17 f. E. 3.4.4 mit Hinweis auf das Urteil des BGer vom 16. Mai 2013, 9C\_799/2012, E. 2.5). In den Stellungnahmen vom 28. Februar und 9. März 2020 zuhanden des ehemaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers postulieren die Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ zwar eine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Der infolgedessen eingeholte RAD-Bericht vom 24. Juni 2020 (act. IIA 210 S. 8 ff.) attestierte jedoch mangels objektivierbarer Untersuchungsbefunde keine solche. Dem ist zu zustimmen. Indem der Psychosomatiker zwar eine verschlechterte Entwicklung beschreibt mit samt stationärem Klinikaufenthalt im Februar 2019, mangelt es indessen tatsächlich an verifizierbaren Grundlagen, die dessen Einschätzung belegen könnten. Seine Einschätzung basiert vorwiegend auf den bekannten aber unveränderten medizinischen Befunden, ohne dass daraus eine relevante Veränderung in der funktionellen Leistungsfähigkeit seit dem Referenzzeitpunkt ersichtlich würde, worauf der RAD-Arzt zurecht hinweist. So hielt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ fest, dass es sich beim Beschwerdeführer somatisch um einen multimorbiden Mann handle, welcher unter einer chronischen Schmerzstörung, einem Diabetes mellitus und einer Gefässerkrankung leide, und sich als kardiovaskuläre Risikofaktoren eine arterielle Hypertonie, eine Hyperlipidämie, der erwähnte Diabetes mellitus sowie eine depressive Störung fände (act. IIA 207 S. 2). Er erfasst damit im Wesentlichen eine Befundlage, die bereits bei Erlass der Verfügung vom 31. Juli 2018 (act. IIA 173) vorgelegen hat (vgl. RAD-Aktenbeurteilung vom 4. April 2018; act. IIA 155 S. 22 ff.). Eine objektivierbare zusätzliche somatische oder psychische Grundlage für die geltend gemachten verstärkten Beschwerden kann dem Bericht nicht entnommen werden. Dasselbe trifft auf die Stellungnahme der Hausärztin zu. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die besagten Berichte nicht geeignet sind, eine Veränderung des Ge-

sundheitszustands des Beschwerdeführers im vorliegend interessierenden Vergleichszeitraum glaubhaft zu machen.

**3.6** Soweit schliesslich der Beschwerdeführer Schwierigkeiten mit dem Betrieb seines eigenen ... geltend macht (act. IIA 214 S. 2), ist mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass die Aufgabe bzw. Veränderung der bisherigen Tätigkeit kein erwerblicher Revisionsgrund darstellte, da das in der Verfügung vom 31. Juli 2018 (act. IIA173) herangezogene Invalideneinkommen bereits gestützt auf die Tabellenlöhne nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen berechnet wurde (act. IIA 156 S. 6).

**3.7** Nach dem Dargelegten ist die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2021 (act. IIA 217) auf die Neuanschuldung folglich zu Recht nicht eingetreten. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. 1.2 hiavor).

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

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 in gleicher Höhe entnommen.

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

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
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

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.