

200 13 897 IV
FUR/IMD/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Oktober 2014

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. September 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1951 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde durch den zuständigen Krankentaggeldversicherer am 26. Januar 2012 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung gemeldet (Akten der IV [act. II] 1). Die Anmeldung bei der IV unter Hinweis auf Schwindelanfälle und Orientierungsschwierigkeiten erfolgte im Februar 2012 (act. II 5). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor, holte insbesondere die Akten des Krankentaggeldversicherers (act. II 8, 26.1, 26.2, 45.1 - 45.17) sowie der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (act. II 43.1) bezüglich einer am 3. Juli 2012 erlittenen sturzbedingten Schulter- und Handgelenksverletzung ein. Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 47) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 13. August 2013 (act. II 48) die Abweisung seines Leistungsgesuchs mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht. Am 26. September 2013 verfügte sie entsprechend (act. II 54).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 10. Oktober 2013 Beschwerde. Er beantragt sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen. Im Wesentlichen macht er geltend, die spezialärztliche Behandlung sei noch nicht abgeschlossen, die Symptome seien immer noch vorhanden und eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe nicht.

Am 24. Oktober 2013 ging der in der Beschwerde in Aussicht gestellte Bericht des behandelnden Facharztes vom 23. Oktober 2013 beim Verwaltungsgericht ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf eine Stellungnahme des RAD vom 18. Dezember 2013 die Abweisung der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt B._____, nahm mit Replik vom 3. März 2014 Stellung zum RAD-Bericht vom 18. Dezember 2013. Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 3. April 2014 darauf, sich hierzu zu äussern.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 26. September 2013 (act. II 54). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 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 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Die Parteien gehen übereinstimmend davon aus, dass den im Rahmen des Sturzereignisses vom 3. Juli 2012 erlittenen Schulter- und Handgelenksverletzungen (act. II 43.1) keine invalidisierende Wirkung zukommt (act. II 54; Replik S. 2 Ziff. 2). Streitig und zu prüfen ist hingegen, wie es sich diesbezüglich mit der geklagten Schwindelsymptomatik verhält. Hierzu ist den Akten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Austrittsbericht des Spitals C. _____ vom 27. Oktober 2011 (act. II 8 S. 15 ff.) wurde – soweit vorliegend interessierend – ein akutes peripher vestibuläres Defizit links bei Neuronitis vestibularis diagnostiziert. Diesbezüglich habe sich bereits eine beginnende zentrale Kompensation eingestellt. Diese Erkrankung sei selbstlimitierend. Dem Patienten sei empfohlen worden, wieder eine normale Alltagsaktivität aufzunehmen, was die Genesung beschleunige. Das Führen von Motorfahrzeugen sei bis zur nächsten Kontrolle beim behandelnden Arzt noch zu unterlassen. Ausser-

dem sei der Patient aufgeklärt worden, während seiner Arbeit Tätigkeiten zu unterlassen, bei denen er sich während einer Schwindelattacke selbst gefährden könnte.

3.1.2 Der behandelnde Arzt Dr. med. D._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, hielt im Bericht vom 28. März 2012 (act. II 10) fest, anlässlich einer Nachkontrolle am 1. Februar 2012 seien vom Patienten nur noch geringe Restschwindelbeschwerden beim Abliegen resp. bei schnellen Kopf- und Körperbewegungen angegeben worden. Über die aktuellen Einschränkungen könne er keine Aussagen machen. Die Prognose bei einem akuten peripher vestibulären einseitigen Defizit sei gut.

3.1.3 Im Bericht des Ärztlichen Zentrums für Gehör- und Gleichgewichtsstörungen vom 8. Mai 2012 (act. II 22 S. 7 f.) wurde ein Status nach Neuronitis vestibularis links mit nicht vollständig kompensiertem peripher vestibulärem Defizit links (ICD-10: H81.3) diagnostiziert. Die vollständige otoneurologische Untersuchung habe immer noch ein Defizit des linken Vestibularapparates von 21 % ergeben. Es fänden sich keine Hinweise auf eine zentrale vestibuläre Störung oder eine zervikogene Ursache der Beschwerden. Eine retrokochleäre Ursache könne mit der notwendigen Sicherheit ausgeschlossen werden. Die kurzzeitig auftretenden Schwindel-episoden mit nachfolgenden vegetativen Zeichen wie Kaltschweissigkeit und Übelkeit seien im Rahmen eines Lagerungsschwindels zu sehen. Von Arbeiten auf Gerüsten, Velofahren und gefährlichen Arbeiten mit Sturzgefahr sei vorläufig abzusehen.

3.1.4 Im Verlaufsbericht vom 30. November 2012 (act. II 33) wies Dr. med. D._____ auf einen seit März 2012 verbesserten Gesundheitszustand hin. Der Patient habe sich am 28. August 2012 wegen wiederum auftretenden, wenige Sekunden dauernden Schwindelbeschwerden gemeldet; die Untersuchung habe einen Lagerungsnystagmus gezeigt. In der Folge seien mehrmalig Befreiungsmanöver nach Semont durchgeführt worden, letztmalig am 20. September 2012. Zu einer Nachkontrolle sei der Patient seither nicht erschienen. Eine gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit habe er nicht attestiert. Bis auf weiteres sei von Arbeiten auf Gerüsten sowie anderen Tätigkeiten mit Sturzgefahr abzusehen. Anderweitige Einschränkungen bestünden aus HNO-ärztlicher Sicht keine.

3.1.5 In einem weiteren Bericht vom 24. April 2013 (act. II 45.11 S. 1 f.) hielt Dr. med. D. _____ fest, am 12. Dezember 2012 sowie am 8. März 2013 sei es zu stundendauernden, von Übelkeit begleiteten Drehschwindel-episoden gekommen. Aktuell werde teilweise noch eine Gangunsicherheit verspürt, zudem könne bei schnellen Kopfbewegungen noch Schwindel auftreten. Ohrmikroskopisch fände sich ein unauffälliger Befund. Unter der Frenzelbrille trete kein Spontannystagmus, kein Lage- oder Lagerungsnystagmus auf. Videonystagmographisch sei ein persistierendes kalorisches Defizit links von 26 % erkennbar. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom Mai 2012 sei dieses zentral kompensiert. Die Drehschwindel-episoden sprächen für einen monosymptomatischen Morbus Menière auf der linken Seite, weshalb neu eine Betahistin-Therapie eingesetzt worden sei. In angepassten Tätigkeiten bestehe aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aufgrund der teilweise auftretenden Gangunsicherheiten sowie der Möglichkeit, dass wiederum eine Drehschwindel-episode auftreten könne, seien jedoch sturzgefährdete Tätigkeiten resp. Arbeiten in unebenem Gelände zwingend zu meiden. Es sei dem Versicherten grundsätzlich erlaubt, ein Fahrzeug zu lenken. Bei akuten Drehschwindel-episoden im Rahmen des vermuteten Morbus Menière müsse selbstverständlich darauf verzichtet werden. Die Prognose sei von der Anfallshäufigkeit abhängig: Wenn es gelinge, diese medikamentös oder operativ (Paukendrainage) im Griff zu halten, sei die Prognose gut.

3.1.6 Die RAD-Ärztin med. pract. E. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, führte in der Stellungnahme vom 18. Dezember 2013 (act. II 62) aus, laut dem Bericht des Ärztlichen Zentrums für Gehör- und Gleichgewichtsstörungen vom 8. Mai 2012 (act. II 22 S. 7 f.) habe sich der vorbestehende Schwindel von Oktober 2011 deutlich verbessert. Die Tatsache, dass der Versicherte mittlerweile seinen Schwindel durch das Ausführen des Brandt/Daroff-Manövers selbst auslösen könne, begründe, da ein ähnliches Manöver kurzfristig im Alltag nur beim morgendlichen Aufstehen und abendlichen Abliegen durchgeführt werde, keine dauerhafte medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit. Die vegetativen Reaktionen bei Stress oder körperlicher Anstrengung mit Sekundenschwindel und kurzem "Schwarzwerden" vor den Augen sprächen eher für eine kurzfristige Kreislaufproblematik bei allgemeiner Dekonditionierung

des Versicherten, was auch zu keiner langdauernden Arbeitsunfähigkeit bei zuvor blanden kardialen Abklärungen führe. Die im genannten Bericht aufgeführten Befunde würden zeigen, dass das mit gerade mal 21 % erhobene Defizit des linken Vestibularisapparates keine Alltagsrelevanz mehr habe. Selbst die audiometrische Untersuchung sei völlig unauffällig gewesen. Die beurteilenden Ärzte hätten trotz verschiedener Provokationsversuche keinen Spontannystagmus oder Lagenystagmus auslösen können, dies selbst im Sitzen mit Rotationsbewegungen des Kopfes bis zu 70 Grad beidseits, was zusätzlich beweise, dass bereits eine gute Kompensation der stattgefundenen benignen Neuronitis vestibularis erfolgt sei (act. II 62 S. 3 f.). Aus dem Hinweis von Dr. med. D. _____ im Bericht vom 28. März 2012 (act. II 10), es würden vom Patienten nur noch geringe Restschwindelbeschwerden beim Abliegen resp. bei schnellen Kopf- und Körperbewegungen angegeben, sei keine Arbeitsunfähigkeit abzuleiten, da der Versicherte die entsprechenden Bewegungen bei der Arbeit vermeiden könne. Entsprechend habe der Facharzt auch nie eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 62 S. 4). Was den als Differenzialdiagnose aufgeführten monosymptomatischen Morbus Menière angehe, handle es sich dabei um eine gut therapierbare und damit nicht um eine invalidisierende Krankheit (act. II 62 S. 7). Das vom Versicherten erwähnte Auftreten des Schwindels beim Blick in einen Schacht oder in ein Loch spreche für einen Lagerungsschwindel. Dieser sei gut behandelbar. Insgesamt könne damit nicht von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgegangen werden (act. II 62 S. 8).

3.2 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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHJ 2001 S. 113 E. 3a).

3.3 Der Bericht der RAD-Ärztin med. pract. E. _____ vom 18. Dezember 2013 (act. II 62) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines derartigen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor). Er ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet. Die kritische Auseinandersetzung mit den ärztlichen Berichten ist nachvollziehbar und schlüssig. Nicht zu bemängeln ist, dass med. pract. E. _____ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hat. Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein

vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Dies war vorliegend der Fall. Ebenfalls nicht gegen den Beweiswert des RAD-Berichts spricht das Vorbringen des Beschwerdeführers, dieser sei aufgrund von haltlosen Unterstellungen seitens der RAD-Ärztin in keiner Weise objektiv. Für die Annahme einer Voreingenommenheit genügt nicht, dass die RAD-Ärztin auf – ihrer Ansicht nach – widersprüchliches Verhalten resp. auf widersprüchliche Aussagen des Beschwerdeführers hingewiesen hat. Vielmehr zählt das Feststellen von allfälligen Diskrepanzen, Dissimulation, Aggravation oder Simulation zur Aufgabe eines Gutachters (GABRIELA RIEMER-KAFKA [Hrsg.], Versicherungsmedizinische Gutachten, Ein interdisziplinärer Leitfaden, 2. Aufl. Bern 2012, S. 57). Entscheidend ist vielmehr, dass die Aussagen von med. pract. E. _____ in Übereinstimmung mit den Berichten der behandelnden Ärzte stehen.

Entsprechend ist mit der RAD-Ärztin davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nicht an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden leidet und der Anspruch auf eine Rente vielmehr bereits dadurch ausgeschlossen ist, dass er nicht während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). So ist auch dem mit der Replik vom 3. März 2014 eingereichten Bericht des Dr. med. D. _____ vom 27. Januar 2014 (Akten des Versicherten [act. IA] 2) keine dauernde Einschränkung zu entnehmen. Vielmehr geht daraus hervor, dass gemäss der otoneurologischen Untersuchung vom Mai 2012 das im Oktober 2011 erlittene peripher-vestibuläre Defizit linksseitig vollständig kompensiert sei. Im Weiteren kann aus dem Hinweis von Dr. med. D. _____, wonach ein physiotherapeutisch angeleitetes Gleichgewichtstraining und ein Heimprogramm mit vestibulären Übungen durchgeführt würden, keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Gegen eine schwerwiegende Einschränkung durch den differentialdiagnostisch erwähnten monosymptomatischen Morbus Menière spricht auch die Tatsache, dass die medikamentöse Behandlung offenbar anspricht und eine Intervention mittels Paukendrainage und intratympanaler

Medikamentenapplikation nicht in Betracht gezogen werden musste. Dr. med. D. _____ hält denn auch fest, dass die Prognose deshalb als gut zu bezeichnen sei. Zwar seien situative Einschränkungen im Rahmen eines akuten Drehschwindels möglich, dies begründet jedoch ebenfalls keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit.

3.4 Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen invalidisierenden Gesundheitsschaden korrekterweise verneint und einen Rentenanspruch zu Recht abgewiesen. Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 26. September 2013 (act. II 54) erweist sich als unbegründet und 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. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.