

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 17. Juni 2016 abgewiesen (8C_237/2016).

200 15 514 IV
KOJ/PRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. Februar 2016

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Mai 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1953 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde am 9. Januar 2013 durch die C._____ unter Hinweis auf psychische Probleme bzw. Depressionen bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung angemeldet (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 19). Am 19. März 2013 meldete sich der Versicherte bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 22). Nach Einholung diverser medizinischer und erwerblicher Unterlagen gewährte die IVB am 15. Juli 2013 Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (AB 38). Mit Eingabe vom 21. März 2014 wurden der IVB zwei von der ... Personalvorsorge in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 23. Juni 2013 und 4. März 2014 (AB 51.2, 51.3) eingereicht und am 25. März 2014 verfügte die IVB den Abschluss der Arbeitsvermittlung (AB 53). Weiter veranlasste die IVB unter anderem zwei Berichte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 27. März und 11. September 2014 (AB 54, S. 3 f.; 69) und einen Abklärungsbericht Haushalt vom 17. September 2014 (AB 71). Mit Vorbescheid vom 26. September 2014 stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 72). Infolge des hiergegen erhobenen Einwands (AB 79) holte die IVB zwei weitere Berichte des RAD vom 21. Januar und 12. Februar 2015 (AB 97; 101, S. 2) ein und stellte mit neuem Vorbescheid vom 25. Februar 2015 mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 103). Auf den dagegen erhobenen Einwand (AB 106) hin bestätigte die IVB mit Verfügung vom 4. Mai 2015 die Ablehnung des Leistungsanspruchs (AB 108).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 3. Juni 2015 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte die Aufhebung der Verfügung

vom 4. Mai 2015 sowie die Zusprache einer ganzen Invalidenrente. Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, dass auf die Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 23. Juni 2013 und vom 4. März 2014 nicht abgestellt werden könne. Sollte wider Erwarten dennoch auf die entsprechenden Gutachten abgestellt werden, sei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als ... voll arbeitsunfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit möge eine teilweise Arbeitsfähigkeit gegeben sein. Schliesslich sei der Beschwerdeführer Ende April 2015 62 Jahre alt geworden, weshalb eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit nicht bejaht werden könne.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2015 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde.

In der Replik vom 18. August 2015 und der Duplik vom 7. September 2015 hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest.

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 Invalidenversi-

cherung 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 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 4. Mai 2015 (AB 108). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers 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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.3 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führt im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285).

2.4 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der

Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.5 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.

2.6 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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.7 Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der

massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 19. April 2013 diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Episode seit ca. fünf Jahren (ICD-10: F33.11) und einen inkonstanten Tinnitus seit ca. Herbst 2012 (AB 32, S. 1). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar. Es spiele weniger der zeitliche Rahmen eine Rolle, vielmehr die Umgebung. Wenn das Kollegium unterstützend und wertschätzend sei, so sei der Beschwerdeführer voll leistungsfähig. Wenn er sich vom Kollegium nicht unterstützt und verstanden fühle, gerate er mit der Zeit in eine Krise. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit im erheblichen Ausmass bis zur Leistungsunfähigkeit. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne ab dem neuen Schuljahr im Umfang von 100% gerechnet werden (AB 32, S. 3).

3.1.2 Dr. med. D. _____ diagnostizierte im Gutachten vom 23. Juni 2013 eine Anpassungsstörung mit länger dauernder depressiver Reaktion (ICD-10: F43.2) und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit zwanghaften und narzisstischen Anteilen (ICD-10: Z73.1; AB 51.3, S. 22). Betreffend die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... sei noch kein Endzustand erreicht. Die Weiterführung des aktuellen Arbeitsversuches mit sieben Wochenlektionen und bei erfolgreicher Therapie mit langsamer Steigerung bis auf die angestammten zwölf Wochenlektionen (46.15%) im Zeitraum des nächsten Schuljahres 2013/2014 sei möglich. Für die Kündigung seien medizinalfremde Faktoren mit anzunehmen. Bis Ende des Schuljahres 2013/2014 könnte aus medizinischer Sicht die angestammte Arbeitsfähigkeit (zwölf Wochenlektionen) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit realisiert werden (AB 51.3, S. 21). Tätigkeiten als ..., welche nicht so hohe Anforderungen an die Konfliktfähigkeit stellten wie bei der angestammten

Tätigkeit, wären für den Beschwerdeführer besser geeignet, um seine Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Hierbei wäre in Anbetracht seiner Ressourcen ein vielseitiger Einsatz möglich. Dazu gehöre unter anderem der Einsatz in der integrierten Förderung, wo der Beschwerdeführer schon im Rahmen der aktuellen Einstellung gemäss Aktenlage eingesetzt gewesen sei. Ferner schulische Situationen in einem eher ruhigen Umfeld mit jüngeren, vorpubertären Schülern, administrative Tätigkeiten oder jegliche Tätigkeiten, welche den reichhaltigen Ressourcen und Neigungen des Beschwerdeführers entsprächen. Auf die Übernahme einer Klassenverantwortung, welche der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit auch gar nicht inne gehabt habe, sollte verzichtet werden. Die Präsenzzeit entspreche der Leistungszeit (AB 51.3, S. 22).

3.1.3 Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Sanacare Gruppenpraxis, diagnostizierte in seinem undatierten Bericht (Eingang am 3. Mai 2013) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende depressive Verstimmungen und rezidivierende Dorsalgien, aktuell zusätzlich wahrscheinliche Affektion C8 beidseits (AB 34, S. 2). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zu 20% zumutbar. Im weiteren Verlauf sei die berufliche Tätigkeit auf 100% steigerbar. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Aktuell werde der Beschwerdeführer durch den Arbeitgeber gemäss seinen Aussagen noch relativ geschont („Arbeitsversuch“; AB 34, S. 4). Auf Grund der Rückenschmerzen sei bei rein sitzenden Aktivitäten die Möglichkeit zu regelmässigem Aufstehen und Durchbewegen des Rückens nötig. Körperfernes Tragen dürfe nur punktuell und kurzfristig stattfinden, falls das Gewicht über 5 kg sei. Das Gleiche gelte für Arbeiten in gebückter Haltung (AB 34, S. 6).

3.1.4 Die Ärzte des Notfallzentrums des Spitals G. _____ diagnostizierten anlässlich der Untersuchung vom 15. Mai 2013 eine Lumbago, am ehesten muskulo-skelettal und klinisch und ohne Hinweise im MRI auf eine Neurokompression (AB 62, S. 12).

3.1.5 PD Dr. med. H. _____ diagnostizierte im Bericht vom 5. Juni 2013 eine Osteochondrose C4 – C7, eine mediane Diskushernie L4/5 und eine kleine mediolaterale Diskushernie L5/S1 rechts (AB 62, S. 8). Abgesehen von den Parästhesien und diskreten sensiblen Ausfällen im Bereich

des Dermatoms C8 bzw. Nervus ulnaris links würden Hinweise für eine radikuläre oder medulläre Symptomatik fehlen, was dem MRI-Befund entspreche, der keine eindeutige und vor allen Dingen relevante Kompression zeige. Es handle sich um diffuse, in erster Linie muskuläre Beschwerden im Bereich der HWS und dem Schulterblatt, aber auch lumbosakral (AB 62, S. 9 f.). Er habe dem Beschwerdeführer vom Beruf als ... abgeraten, da dieser rückergonomisch sehr ungünstig sei (AB 62, S. 10).

3.1.6 Im Bericht vom 3. März 2014 führte Dr. med. F. _____ aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Die Rückenschmerzen hätten sich in letzter Zeit auf ein Minimum reduziert. Der Beschwerdeführer achte darauf, regelmässig zu Turnen. Im Vordergrund stehe aktuell eine Palette von somatischen Symptomen, die der Beschwerdeführer nun klarer benennen und vom zeitlichen Ablauf positionieren könne (AB 50, S. 1). Beruflich sei insgesamt die Belastung gemäss Beschwerdeführer im ... weniger gross als in der Tätigkeit als Auf Grund der Häufigkeit und Intensität der „Anfälle“ sei aber aktuell keine Erwerbstätigkeit, in welcher Tätigkeit auch immer, möglich (AB 50, S. 3). Aufgrund der rezidivierenden Lumbago sei das Heben von Gewichten nur eingeschränkt möglich (AB 50, S. 4).

3.1.7 Am 1. Oktober 2013 begab sich der Beschwerdeführer in das Notfallzentrum des Spitals M. _____. Die Ärzte diagnostizierten episodische Spannungskopfschmerzen mit Schwankschwindel (am ehesten im Rahmen der zweiten Diagnose, Differentialdiagnose epileptogen) und einen dringenden Verdacht auf eine schwere Depression mit Somatisierungsstörung (AB 62, S. 3).

3.1.8 Im Gutachten vom 4. März 2014 diagnostizierte Dr. med. D. _____ eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F33.0), eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) und eine akzentuierte Persönlichkeit mit ausgeprägt narzisstischen und rigid zwanghaften Zügen (ICD-10: F73.1; richtig Z73.1). Trotz nahezu optimalen Bedingungen im Rahmen des Arbeitsversuches sei es zu einer erneuten Dekompensation gekommen. Bei der Tätigkeit als ... bestehe in absehbarer Zeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei bis auf weiteres nicht berufsfähig. Mit einer

grundlegenden Änderung sei nicht zu rechnen (AB 51.2, S. 31, 33). Betreffend angepasste Tätigkeiten verwies Dr. med. D. _____ auf seine entsprechenden Ausführungen im Gutachten vom 23. Juni 2013 (AB 51.2, S. 31; vgl. E. 3.1.2 hiervor). Eine angepasste Tätigkeit sei im Rahmen einer Halbtags­tätigkeit bzw. eines 50%-Pensums bei voller Leistungsfähigkeit zumutbar (AB 51.2, S. 32). In einer geeigneten Tätigkeit bestehe keine Einschränkung der Präsenzzeit (AB 51.2, S. 33).

3.1.9 Im Bericht vom 6. März 2014 führte Dr. med. E. _____ aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Neu diagnostizierte er mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit chronisch rezidivierende depressive Episoden mit ausgeprägter körperlicher Symptomatik und Ängsten (AB 47, S. 1). Er attestierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 7. September 2012 (AB 47, S. 2; vgl. auch AB 45). Die bisherige Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar. Zurzeit sei keine andere Tätigkeit zumutbar. Wenn die Symptomatik gebessert habe, wäre eine Tätigkeit im ... denkbar (AB 47, S. 4).

3.1.10 Der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 27. März 2014 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) mit ausgeprägt starkem somatischem Syndrom und sehr stark ausgeprägte Züge einer narzisstischen, zwanghaften-rigiden Persönlichkeit (AB 54, S. 3). Dr. med. D. _____ habe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit in der angestammten Tätigkeit als ... attestiert und beschreibe sorgfältig und differenziert die Bedingungen, die an eine Verweistätigkeit gestellt würden. Diesen könne zugestimmt werden. Im Grunde seien die Ausführungen des Gutachters kongruent mit denen des behandelnden Psychiaters Dr. med. E. _____. Somit werde die Zukunft zeigen, ob der Beschwerdeführer nochmals arbeitsfähig werde, wofür seine Motivation spreche, sein Alter jedoch nicht. Es könne auch sein, dass die Copingressourcen des Beschwerdeführers mit zunehmendem Alter und nach den Rückschlägen aufgebraucht seien. Ebenso sei es durchaus denkbar, dass die Persönlichkeitszüge, die regelhaft im Alter an Ausprägung zunehmen würden, nun doch das Mass einer Persönlichkeitsstörung annehmen würden (AB 54, S. 4).

3.1.11 Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Sa-nacare Gruppenpraxis, führte in den Berichten vom 2. Juli und 22. August 2014 aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Er diagnostizierte Kopf- und Rückenschmerzen sowie eine depressive Episode (AB 62, S. 1; 66, S. 1). Für die Tätigkeit als ... attestierte er eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres (AB 62, S. 2; 66, S. 2).

3.1.12 Im Bericht vom 11. September 2014 führte die RAD-Ärztin Dr. med. K. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, aus, es gebe keine organischen Befunde, welche die Arbeitsfähigkeit relevant einschränken würden, auch nicht für den Umgang mit Gewichten bis zu 20 kg (bei ergonomischer Handhabung). Die Abnützungserscheinungen (Osteochondrosen) entsprächen dem Alter des Beschwerdeführers. Mit Tanzen bleibe er in Bewegung und die kleinen Diskushernien lumbal würden keine Nervenkompression verursachen und seien nicht die Ursache der geklagten Störungen. Tinnitus und Prostatahyperplasie würden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verursachen. An der HWS bestehe keine neurologische Beeinträchtigung. Die Kopfschmerzen und der damit assoziierte Symptomenkomplex gingen nicht auf ein organisches Korrelat zurück. Sie stünden jeweils eng im Zusammenhang mit psychischen bzw. soziopsychischen Belastungen. Aus somatischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (AB 69, S. 3).

Dr. med. I. _____ verwies im Bericht vom 16. September 2014 auf die Beurteilung von Dr. med. K. _____ vom 11. September 2014 (AB 70, S. 4).

3.1.13 Vom 9. September bis am 21. Oktober 2014 war der Beschwerdeführer in der Klinik L. _____ hospitalisiert. Im Bericht vom 28. November 2014 diagnostizierten die Ärzte Symptome einer Somatisierungsstörung unklarer Genese (ICD-10: F45.1), eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2) und einen Tinnitus Aurum (ICD-10: H93.1; AB 102, S. 4).

3.1.14 Im Bericht vom 21. Januar 2015 führte Dr. med. K. _____ aus, somatisch bestünden, wie schon im Vorbericht dargelegt, degenerative Veränderungen. So wie sie (am Rücken) beschrieben würden, könnten sie als etwa altersgemäss aufgefasst werden (das MRI liege ihr nicht vor, dies

habe jedoch keine Operationsindikation ergeben), und auch für die Knie scheine trotz früherer Chondropathia patellae noch keine erhebliche Arthrose vorzuliegen. Auch wenn bereits in jungen Jahren ein Morbus Scheuermann bestanden habe, habe dies den Beschwerdeführer nicht daran gehindert, den Schreinerberuf zu erlernen. Somit halte sie an ihrer Einschätzung fest, dass Gewichte bis 20 kg bei ergonomischer Handhabung zumutbar seien, allerdings sollte dies nicht häufig repetitiv erfolgen. Auch würde sie bei der vorliegenden Konstellation (objektiv und subjektiv) wie Dr. med. H. _____ von einem Einstieg in die ... abraten, jedenfalls in Bereichen, in denen direkt ... gehoben werden müssten. Dem Beschwerdeführer stünden aber andere Möglichkeiten offen. Für die Tätigkeit als ... und auch als ..., also für körperlich wenig belastende Berufe, bestehe aus somatischer Sicht keine Einschränkung (AB 97, S. 2).

3.1.15 Dr. med. I. _____ führte im Bericht vom 12. Februar 2015 aus, die funktionellen Einschränkungen, wie sie Dr. med. D. _____ differenziert, sorgfältig und plausibel beschreibe, die die Kombination von Depression und Somatisierungsstörung und sehr auffälligen Persönlichkeitszügen verursachen, würden zur derzeitigen und wahrscheinlich weiterhin bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf eines ... führen. Zu den somatischen Einwänden des Beschwerdeführers verwies er auf die Stellungnahme von Dr. med. K. _____ vom 21. Januar 2015 (AB 101, S. 2).

3.2 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).

3.3 In somatischer Hinsicht sind den Akten keine organischen Befunde für die geklagten Beschwerden zu entnehmen. Dr. med. F._____ diagnostizierte im Frühling 2013 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende Dorsalgien mit wahrscheinlicher Nervenwurzelkompression (AB 34, S. 2). Im März 2014 berichtete Dr. med. F._____ hingegen von auf ein Minimum reduzierten Rückenschmerzen und einem sich verschlechternden, wahrscheinlichen somatoformen Beschwerdebild (AB 50, S. 1 f.). PD Dr. med. H._____ diagnostizierte im Bericht vom 5. Juni 2013 eine Chondrose und zwei Diskushernien (AB 62, S. 8), jedoch ohne radikuläre und medulläre Symptomatik und ohne relevante Kompression (AB 62, S. 9). Vielmehr handelt es sich gemäss PD Dr. med. H._____ um muskuläre Beschwerden im Bereich der HWS und dem Schulterblatt wie auch lumbosakral (AB 62, S. 9 f.; vgl. auch AB 62, S. 12 f.) bzw. um degenerative Veränderungen. Weiter diagnostizierten die Ärzte des Notfallzentrums des Spitals M._____ anlässlich der Einweisung am 1. Oktober 2013 episodische Spannungskopfschmerzen mit Schwankschwindel (AB 62, S. 3). Dazu führten sie jedoch aus, dass die Ätiologie vorerst unklar bleibe, aber differenzialdiagnostisch am ehesten eine Somatisierungsstörung bei schwerer Depression im Vordergrund steht (AB 62, S. 5). Gestützt auf diese Akten führte die RAD-Ärztin Dr. med. K._____ in ihren Berichten vom 11. September 2014 und 21. Januar 2015 (AB 69, 97) schlüssig und nachvollziehbar (vgl. E. 3.2 hiervor) aus, dass aus somatischer Sicht mangels organischer Befunde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für (die angestammten) Tätigkeiten als ... und auch als ... bzw. für körperlich wenig belastende Berufe besteht (AB 69, S. 3; 97, S. 2). Auf diese Einschätzung kann abgestellt werden.

3.4

3.4.1 Aus psychiatrischer Sicht erfüllen die Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 23. Juni 2013 und 4. März 2014 (AB 51.1, 51.2) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Insbesondere das Gutachten vom 4. März 2014 überzeugt in diagnostischer Hinsicht, da diverse Differentialdiagnosen diskutiert und verworfen wurden (AB 51.2, S. 27 f.).

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, hinsichtlich der beiden Gutachten von Dr. med. D. _____ seien ihm die Mitwirkungsrechte vorenthalten worden, dringt er nicht durch. So beruft sich der Beschwerdeführer lediglich allgemein auf die Mitwirkungsrechte, macht jedoch keine konkrete Verletzung geltend und bringt auch nicht vor, dass er den Gutachter hätte ablehnen oder Zusatzfragen (und gegebenenfalls welche) hätte stellen wollen.

3.4.2 Dr. med. D. _____ diagnostizierte im Gutachten vom 23. Juni 2013 eine Anpassungsstörung mit länger dauernder depressiver Reaktion (ICD-10: F43.2) und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit zwanghaften und narzisstischen Anteilen (ICD-10: Z73.1; AB 51.3, S. 22). Im Gutachten vom 4. März 2014 diagnostizierte er sodann eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F33.0), eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) und eine akzentuierte Persönlichkeit mit ausgeprägt narzisstischen und rigid zwanghaften Zügen (ICD-10: F73.1; AB 51.2, S. 33). Dabei legte er dar, dass nicht eine klinisch relevante depressive Störung, sondern seit Juni 2013 die körperlichen Beschwerden im Vordergrund stehen (AB 51.2, S. 24). Dr. med. D. _____ erörterte schlüssig die Kriterien für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung bzw. dass im vorliegenden Fall wegen der kürzeren Dauer (weniger als zwei Jahre) eine undifferenzierte Somatisierungsstörung vorliegt (AB 51.2, S. 25). Auch führte er aus, dass sich anlässlich der Untersuchungen keine Verdeutlichungs- bzw. Aggravationstendenzen

zeigten (AB 51.2, S. 13, 21 f.; BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. unter Hinweis auf BGE 131 V 49).

Diese Beurteilung, namentlich die Diagnosen und die (erheblichen) funktionellen Einschränkungen (Einschränkungen in Bezug auf Flexibilität bei rigiden Verhaltensmustern, Einschränkungen bei Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, verminderte Belastbarkeit mit psychischer Dekompensation in Überforderungssituationen), wird durch den RAD-Arzt Dr. med. I. _____ bestätigt (AB 54, S. 4; 101). Auch der behandelnde Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Bericht vom 6. März 2014 chronische rezidivierende depressive Episoden mit ausgeprägter körperlicher Symptomatik und Ängsten (AB 47, S. 1, 4; vgl. auch AB 32).

Die Einschätzung der Ärzte der Klinik L. _____ vermag daran nichts zu ändern. Zwar diagnostizierten die Ärzte im Bericht vom 28. November 2014 neben Symptomen einer Somatisierungsstörung unklarer Genese (ICD-10: F45.1) und eines Tinnitus (ICD-10: H93.1) eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2; AB 102, S. 4). Jedoch führten die Ärzte selber aus, dass sich die depressive Symptomatik im Laufe des stationären Aufenthaltes deutlich gebessert hat, wohingegen sich die somatischen Beschwerden nur leicht gebessert haben (AB 102, S. 12).

3.4.3 Nach dem Gesagten ist gestützt auf die Beurteilung durch Dr. med. D. _____ erstellt, dass in psychiatrischer Hinsicht eine Somatisierungsstörung, eine rezidivierende depressive Störung und akzentuierte Persönlichkeitszüge bestehen. Dabei ist festzuhalten, dass die von Dr. med. D. _____ diagnostizierte Anpassungsstörung mit länger dauernder depressiver Reaktion (AB 51.3, S. 22) bzw. rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradige depressive Episode, praxisgemäss nicht invalidisierend ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 24. August 2012, 8C_870/2011, E. 3.2). Kommt hinzu, dass die depressiven Zustände immer in engem Zusammenhang mit - im Allgemeinen beruflichen - Belastungssituationen standen (AB 51.2, S. 24), was für invaliditätsfremde Faktoren spricht (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2). Auch den Persönlichkeitszügen gemäss ICD-10: Z73.1 (AB 51.2, S. 33) kommt keine invalidisierende Wirkung zu, da Belastungen gemäss den Kategorien Z00 bis Z999 nicht unter den Begriff des rechtserheblichen

Gesundheitsschadens fallen (Entscheid des BGer vom 4. Mai 2009, 8C_570/2008, E. 4.2.5). Im Vordergrund steht damit eine somatoforme Problematik.

3.5 Auch wenn das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 4. März 2014 (AB 51.2) in diagnostischer Hinsicht überzeugt, so kann nicht unbesehen auf seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit - bzw. die Beurteilung von Dr. med. I. _____ (AB 101, S. 2) - abgestellt werden, wonach der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als ... zu 100% arbeitsunfähig sei. Die Frage der Arbeitsfähigkeit ist gemäss der (geänderten) Rechtsprechung (BGE 141 V 281) unter Beachtung der neu geschaffenen Indikatoren zu beantworten (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 f.), was eine Rechtsfrage darstellt (BGE 141 V 281 E. 5 S. 304). Dabei verlieren die nach altem Standard eingeholten Expertisen gemäss Bundesgericht nicht per se ihren Beweiswert und es ist zu prüfen, ob die Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben (vgl. E. 2.7 hiervor). Im vorliegenden Fall kann das Gutachten vom 4. März 2014 ohne weiteres beigezogen werden, da mit seiner Hilfe die entscheidenden Fragen beantwortet werden können.

3.5.1 Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.). Ausgehend vom diagnoseinhärenten Mindestschweregrad muss nach der Rechtsprechung ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz vorliegen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 i.V.m. E. 2.1.1 S. 286). Hierzu ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht übermässig ist. Betreffend den Tagesablauf, Freizeitgestaltung und Hobbies gab der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter am 12. Dezember 2013 an, in seiner Freizeit lese er, höre Musik und spiele etwas Handorgel. Oftmals stehe er erst gegen 14.00 Uhr auf, wegen den Nebenwirkungen der Medikamente. Als Hauptbezugsgruppe von Freundschaften habe er seine Musikgruppe. Zuvor habe er getanzt. Dies habe er aber aktuell wegen Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen sistiert. Sonst übe er keine Tätigkeiten mehr aus, gelegentlich gehe er allein wandern, auch längere Strecken. Am 6. Februar 2014 gab er

an, er tanze viel und gern. Er sei ein geübter Tänzer, welcher gut führen könne. Er gehe jeweils alleine zu den Anlässen und sei es gewohnt, Frauen zum Tanzen aufzufordern (AB 51.2, S. 8). Im Haus könne er nur die wesentlichen Sachen erledigen wie waschen, Wäsche machen, putzen etc. (AB 51.2, S. 9). Angesichts des Verhaltens des Beschwerdeführers kann kaum von einem andauernden, schweren und quälenden Schmerz gesprochen werden, was nach dem oben Erwähnten jedoch diagnosespezifisch sein müsste. Betreffend Behandlungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass es bereits fraglich erscheint, ob hier von einer schweren psychischen Störung auszugehen ist. So hat doch der Gutachter dargelegt, dass er aufgrund der kürzeren Dauer (weniger als zwei Jahre) nicht eine somatoforme Schmerzstörung, sondern eine undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostizierte. Er führte aus, dass diese Diagnose dann gestellt werden kann, wenn die körperlichen Beschwerden zahlreich, unterschiedlich und hartnäckig sind, aber das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung nicht erfüllt ist (AB 51.2, S. 25). Die Frage der hinreichenden Schwere der Störung kann jedoch offen bleiben. Zum Indikator „Behandlungserfolg oder -resistenz“ hat das Bundesgericht nämlich festgehalten, dass psychische Störungen der hier interessierenden Art nur dann als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299). Vorliegend geht aus den Akten hervor, dass als medizinische Massnahme die Weiterführung der aktuell laufenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung indiziert ist und sich die Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Fortführung der Behandlung noch verbessern lässt (AB 51.2, S. 29, 33). Eine Behandlungsresistenz ist somit nicht gegeben. Hinsichtlich des Indikators „Komorbiditäten“ hat das Bundesgericht festgehalten, dass die psychische Komorbidität nicht mehr generell vorrangig, sondern lediglich gemäss ihrer konkreten Bedeutung im Einzelfall beachtlich ist, so namentlich als Gradmesser dafür, ob sie der versicherten Person Ressourcen raubt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Hier bestehen weder psychische noch somatische Komorbiditäten, denn aus somatischer Sicht liegt kein pathologischer Befund vor (vgl. E. 3.3 hiavor) und auch aus psychiatrischer Sicht findet sich - wie bereits ausgeführt (vgl. E. 3.4.3 hiavor) - keine eigenständige psychische Störung.

Was den Komplex „Persönlichkeit“ anbelangt ist festzuhalten, dass zwar akzentuierte Persönlichkeitszüge und ein depressives Leiden diagnostiziert worden sind (AB 51.2, S. 33), der Psychostatus des Beschwerdeführers im Wesentlichen jedoch unauffällig ist (AB 51.2, S. 13 f., 22). Somit sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, wonach die Persönlichkeit des Beschwerdeführers ein Leistungsvermögen ausschliesse (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302).

Der Komplex „sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass ein Beziehungsnetz besteht. Der Beschwerdeführer hat eine Tochter und drei Enkelkinder, welche in der Nähe wohnen. Im Rahmen der Haushaltabklärung im Mai 2014 führte er aus, dass er die Betreuung seiner Enkel bei Bedarf übernehmen kann. Zudem gab er an, dass er einen Freund in ... hat, welcher spät ein Kind hatte. Dieses Kind, welches für ihn wie ein Leihenkel sei, habe ihm in der durch die Krise belasteten Zeit sehr gut getan. Weiter pflegt der Beschwerdeführer Freundschaften mit seinen Musikkollegen, mit welchen er sich auch regelmässig trifft (AB 71, S. 5). Auch gab er an, (nach einem vorübergehenden Unterbruch im Dezember 2013 wieder) viel und gerne tanzen zu gehen (AB 51.2, S. 8). Der Lebenskontext des Beschwerdeführers hält demnach diverse Ressourcen bereit.

3.5.2 Unter der Kategorie «Konsistenz» sind verhaltensbezogene Aspekte zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.). Das Niveau sozialer Aktivität ist nach dem Eintritt des Gesundheitsschadens im Vergleich zu vorher zwar reduziert, gab der Beschwerdeführer doch zumindest an, in seiner Musikgruppe sowie im Tangoverein kürzer getreten zu sein (insbesondere bei administrativen Aufgaben; AB 71, S. 5). Auch sei es ihm wegen seines Gesundheitszustandes nicht möglich, seine Enkel regelmässig zu hüten (AB 51.2, S. 8). Es ergeben sich aber nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303). Dem Beschwerdeführer ist es immer noch möglich, die wesentlichen Sachen im Haushalt zu erledigen (waschen, Wäsche machen, putzen; AB 51.2, S. 9) und im Garten zu arbeiten (AB 71, S. 5). Auch geht der Beschwerdeführer nach wie vor (wieder) zu Tanzveranstaltungen, trifft sich mit seiner Musikgruppe und geht wandern (AB 51.2, S. 8). Dieses verbleibende Aktivitätsniveau ist im Zusammenhang mit der geltend gemachten 100%-igen Arbeitsunfähigkeit (in der angestammten

Tätigkeit) zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diese nach der Selbsteinschätzung vollständig aufgehobene Arbeitsfähigkeit (vgl. Beschwerde, S. 6) kontrastiert mit den erhaltenen Sozialkontakten, den Familienaktivitäten sowie dem Freizeitverhalten. Was den Indikator der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer seit Jahren in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. E. _____ befindet (vgl. AB 51.3, S. 6), was immerhin eher für einen tatsächlichen Leidensdruck spricht.

3.5.3 Gesamthaft führen die vorerwähnten Indikatoren zum Schluss, dass die diagnostizierte undifferenzierte Somatisierungsstörung nicht invalidisierend ist (vgl. E. 2.4 hiervor).

3.6 Damit besteht in somatischer (vgl. E. 3.3 hiervor) und psychiatrischer (vgl. E. 3.4 f. hiervor) Hinsicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden und damit auch kein Rentenanspruch. Der Sachverhalt ist durch die vorliegenden Untersuchungen rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden.

Mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens erübrigen sich nähere Ausführungen hinsichtlich der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt aufgrund seines Alters (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460). Immerhin ist festzuhalten, dass der Gutachter Dr. med. D. _____ zwar eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen ...tätigkeit bescheinigt, gleichzeitig aber auch festhält, dass der Beschwerdeführer in angepassten Tätigkeiten (schulische Situation in ruhigem Umfeld, administrative Tätigkeiten etc.) weiterhin leistungsfähig und angesichts seiner Ressourcen - im Rahmen seiner bisherigen Tätigkeit - vielseitig einsetzbar ist (AB 51.2, S. 31; 51.3, S. 22). Dies spricht ebenfalls gegen eine Invalidität des Beschwerdeführers im Sinne von Art. 8 ATSG.

3.7 Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung der IVB vom 4. Mai 2015 (AB 108) als rechtens und 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. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.