

200 16 1102 IV
LOU/GET/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Oktober 2017

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. Oktober 2016



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Dezember 2011 unter Hinweis auf eine Hepatitis C, einen Bandscheibenvorfall sowie eine Verletzung der linken Schulter bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 7). Nachdem die IVB den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht abgeklärt, Berichte der behandelnden Ärzte beigezogen und insbesondere durch das Spital C. _____ eine rheumatologische Begutachtung (Expertise vom 5. Oktober 2012 [act. II 47.1]) inklusive einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; act. II 38) veranlasst hatte, verneinte sie mit Verfügung vom 2. Mai 2013 (act. II 55) einen Leistungsanspruch. In der Begründung hielt sie fest, es liege kein Gesundheitsschaden im rechtlichen Sinne vor. Während des vom Versicherten dagegen beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, angehobenen Beschwerdeverfahrens (act. II 56) hob die IVB diese Verfügung wiedererwägungsweise auf (act. II 57) und sprach dem Versicherten mit neuer (und unangefochten gebliebener) Verfügung vom 8. Januar 2014 (act. II 66 S. 2 ff.) für die Zeit vom Juli bis September 2012 eine befristete ganze Invalidenrente (samt Kinderrente) zu.

Im März 2015 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf ein Burnout mit chronischer Schmerzstörung „Schultern, Rücken“ erneut zum Leistungsbezug an (act. II 73). Die IVB holte Berichte der behandelnden Ärzte sowie einen ärztlichen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein und stellte dem Versicherten daraufhin das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht (act. II 87). Dagegen erhob der Versicherte Einwand, worauf die IVB Ende Dezember 2015 die MEDAS D. _____ (nachfolgend MEDAS) mit der Durchführung einer bidisziplinären (orthopädisch-psychiatrischen) Begutachtung beauftragte (act. II 101). Mit Schreiben vom 23. Mai 2016 (act. II 103.1 S. 1) liess der Versicherte der IVB ein zu Händen des Krankentaggeldversicherers erstelltes Gutachten von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Expertise

vom 22. März 2016 [act. II 103.2]), einreichen. Nachdem die MEDAS das Gutachten vom 31. Mai 2016 (act. II 106.1 S. 2 ff.) der IVB am 3. Juni 2016 (act. II 106.1 S. 1) erstattet hatte, stellte diese dem Versicherten mit Vorbescheid vom 22. Juni 2016 (act. II 108) bei einem Invaliditätsgrad von 10% die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte wiederum Einwand erheben, woraufhin die IVB beim RAD eine Stellungnahme einholte (act. II 114). Am 14. Oktober 2016 (act. II 115) verfügte sie wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Mit Eingabe vom 8. November 2016 liess der Versicherte, vertreten durch lic. iur. F. _____ von der B. _____ AG, Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

1. Es sei die Verfügung vom 14. Oktober 2016 aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei ab April 2015 mindestens eine halbe IV-Rente zu gewähren.
3. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen in Form eines Gutachtens durch das Gericht vorzunehmen.
4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

In der Begründung macht der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, da im MEDAS-Gutachten eine Auseinandersetzung mit dem Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 22. März 2016 fehle, sei jenes nicht verwertbar. Ebenso wenig könne auf die nicht objektive Stellungnahme des RAD vom 12. Oktober 2016 abgestellt werden. Hinsichtlich der „inhaltlichen Kritik am MEDAS-Gutachten“ werde auf Ziffer 3 des Einwandschreibens (vom 29. August 2016; vgl. Akten des Beschwerdeführers [act. I] 5) verwiesen. Sofern vorliegend nicht direkt auf das verwertbare Gutachten von Dr. med. E. _____ abgestellt und mindestens eine halbe Invalidenrente zugesprochen werde, sei eventualiter eine medizinische Begutachtung durch das Gericht angezeigt.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. Dezember 2016 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf eine Stellungnahme verzichtete.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 14. Oktober 2016 (act. II 115). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2

2.2.1 Tritt die Verwaltung auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.2.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist u.a. bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

2.2.3 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).

2.3 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).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügung vom 8. Januar 2014 (act. II 66 S. 2 ff.) – mit der ein für die Zeit von Juli bis September 2012 befristeter Rentenanspruch gewährt wurde – und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 14. Oktober 2016 (vgl. E. 2.2.3 vorne).

3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 8. Januar 2014 präsentierte sich die (medizinische) Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

Im rheumatologischen Gutachten des Spitals C. _____ vom 5. Oktober 2012 (act. II 47.1) wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden im Wesentlichen ein Schulterimpingement links mit SLAP-Refixation links am 30. Juni 2012 (richtig: 13. Juni 2012 [vgl. act. II 106.2 S. 17]), ein lumbospondylogenes Syndrom mit leichter Facettenarthrose L4/5 und L5/S1 sowie eine Hepatitis C diagnostiziert (S. 15). In der Beurteilung wurde festgehalten, beim ..jährigen gelernten ..., seit der Einreise in

die Schweiz im Februar 2009 als ... tätig, beständen nach einem Verhebetrauma am Arbeitsplatz seit dem 24. April 2011 rezidivierende lumbospondylogene Beschwerden und ein Schulterimpingement links. Klinisch ständen aktuell tendomyotische Beschwerden im Bereich Schulter-Nacken und im Beckengürtel sowie Restbeschwerden nach arthroskopischer Schulterintervention im Vordergrund. Hinweise für eine facettäre Überlastung oder eine radikuläre Reiz- oder Kompressionssymptomatik fehlten (S. 14). Geistige oder psychische Beeinträchtigungen seien nicht vorhanden (S. 17). Aus rheumatologischer Sicht bestehe daher für eine leichte, wechselndbelastende Arbeit ab sofort eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Nach Ablauf einer dreimonatigen, intensiven und ambulant durchzuführenden Rehabilitation könne für mittlere bis schwere Arbeit mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (S. 14).

3.3 Für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung vom 8. Januar 2014 und der hier angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2016 präsentiert sich die Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Am ... 2014 unterzog sich der Beschwerdeführer an der rechten Schulter einem arthroskopischen Eingriff (act. II 106.2 S. 18). Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 12. August 2014 zeigte sich ein sehr erfreuliches Resultat, die Arbeitsunfähigkeit wurde ab 14. Juli 2014 auf 0% herabgesetzt (act. II 106.2 S. 24).

3.3.2 Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Spital C._____, hielt im Bericht vom 12. Februar 2015 (act. II 79 S. 5 f.) als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom im Rahmen eines Burnout-Syndroms sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei Vorliegen diverser struktureller Pathologien fest. Im Jahr 2013 habe der Beschwerdeführer eine neue Arbeitsstelle als ... aufgenommen. Zwei operative Eingriffe im ... 2014 (LWS) und ... 2014 (rechte Schulter) mit konsekutiver Arbeitsunfähigkeit für einen begrenzten Zeitraum hätten die Situation am Arbeitsplatz für ihn gänzlich verändert. Er habe nun neu ein Mobbing seitens einer Vorgesetzten erlebt, habe sich als nicht mehr erwünschte Person im Betrieb gefühlt. Vor diesem Mobbinghintergrund habe sich zunehmend ein Burnout-Syndrom entwickelt (S. 5).

3.3.3 Im Bericht des Spitals C._____ vom 28. April 2015 (act. II 79 S. 3 f.) wurde im Wesentlichen eine lumbale Spondylose mit chronischem lumbosakralem Schmerzsyndrom und pseudoradikulärer S1-Symptomatik links, chronische zervikale Schmerzen mit pseudoradikulärer C5-Symptomatik beidseits sowie ein linksbetonter paravertebraler Muskelhartspann im Bereich der mittleren BWS diagnostiziert (S. 3). Für eine Arbeit mit leichter körperlicher Belastung und Wechselbelastung sei der Beschwerdeführer aktuell zu 30% arbeitsfähig mit weiterer monatlicher Steigerung um ca. 20% (S. 4).

3.3.4 Mit zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfasstem Bericht vom 14. Oktober 2015 (act. II 93 S. 4 ff.) bestätigte Dr. med. G._____ die im Bericht vom 12. Februar 2015 gestellten Diagnosen und hielt weiter fest, die gegenwärtige Behandlung bestehe in regelmässigen Terminen im Psychosomatischen Ambulatorium im Spital C._____ in vierwöchigen Abständen (S. 4). Es werde Analgesie appliziert; Remeron habe wegen Nebenwirkungen gestoppt werden müssen. Die Arbeitsfähigkeit betrage derzeit 30% (S. 5). Neben dem Verlust des Selbstwertgefühls, dem Vorliegen enormer Schuldgefühle, dem Auftreten von Suizidgedanken sowie dem agitierten Zustandsbild lägen beim Beschwerdeführer mindestens acht der nach ICD-10 geforderten Symptome für die Diagnose einer schweren (nicht nur mittelgradigen) depressiven Episode vor (S. 6).

3.3.5 Im zu Händen des Krankentaggeldversicherers erstellten psychiatrischen Gutachten vom 22. März 2016 (act. II 103.2) hielt Dr. med. E._____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) fest. Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73.1 [S. 14]) sowie ein schädlicher Gebrauch von Tabak (S. 15).

In der Beurteilung hielt Dr. med. E._____ fest, er gewinne als Gutachter den Eindruck, dass der Beschwerdeführer dazu neige, die an sich bestehenden Beschwerden und Beeinträchtigungen zu Demonstrationszwecken im Sinne einer gewissen Verdeutlichungstendenz etwas zu übertreiben.

Dieses Verhaltensmuster nehme aber nicht das Ausmass einer Aggravation an (S. 16 f.).

Zum Untersuchungszeitpunkt lasse sich ein depressives Zustandsbild feststellen. Hauptsymptome seien eine deprimierte Stimmung, leichte Konzentrationsdefizite, ein eingegengtes und verlangsamtes formales Denken, anamnestisch Durchschlafstörungen, ein sozialer Rückzug, ein Gedankenkreisen, eine innere Unruhe und eine Reduktion des Antriebs. Als Gutachter erstaune ihn die Tatsache, dass der Beschwerdeführer aktuell nicht medikamentös antidepressiv behandelt werde, zumal er nach seinen Angaben vor drei Wochen sogar Suizidgedanken gehabt habe. Insbesondere die klinisch nur leichtgradig ausgeprägten kognitiven Defizite sprächen gegen das Vorliegen einer schweren depressiven Episode (S. 17).

Im Vordergrund des klinischen Bildes ständen seit weit mehr als sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung hätten. Psychischen Faktoren messe er dabei eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen bei, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn, so dass keine somatoforme Störung, sondern eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, bestehend wahrscheinlich seit 2011, vorliege (S. 18).

Unter Bezugnahme auf die nach BGE 141 V 281 massgeblichen Indikatoren hielt der Gutachter fest, die Ausprägung der depressiven Symptomatik sei aktuell mittelgradig, diejenige der Schmerzstörung seit 2011 bestehend und durchaus ausgeprägt (S. 20). Eine Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Die komplexen Ich-Funktionen (Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung, Affektsteuerung und Impulskontrolle, die Selbstwertregulation und Regressionsfähigkeit, Intentionalität und Antrieb [S. 22]) seien soweit vorhanden und ausgebildet, dass der Beschwerdeführer einen Willen bilden und zielgerichtet diesem Willen entsprechend handeln könne und dass ihm die nötige Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung grundsätzlich zumutbar sei (S. 23). Es bestehe ein gewisser sozialer Rückzug, jedoch kein Verlust der sozialen Integration

(S. 24). Die Arbeitsfähigkeit betrage 50%; die letzte Tätigkeit als Laborant sei in diesem Umfang geeignet (S. 26).

3.3.6 Im Bericht des Spitals C. _____ vom 3. Mai 2016 (act. II 106.2 S. 3-5) wurde im Wesentlichen ein chronifiziertes lumboradikuläres Schmerzsyndrom, chronische zervikale Schmerzen mit pseudoradikulärer C5-Symptomatik beidseits sowie eine Depression diagnostiziert (S. 3). Unter der ambulanten Physiotherapie sei die myofasziale Problematik regredient. Klinisch zeige sich jedoch weiterhin ein gemischtes Bild einer neuromeningealen Affektion mit brennenden Schmerzen lumbosakral und Ausstrahlung ins Bein links bis zur Kniebeuge, andererseits weiterhin eindeutige myofasziale Befunde im Bereich der Hüftrotatoren, sowie paravertebral lumbal im Sinne einer Schmerzausweitung und Chronifizierung. Die Opiatmedikation zeige weiterhin einen guten Nutzen (S. 4).

3.3.7 Im bidisziplinären MEDAS-Gutachten vom 31. Mai 2016 (act. II 106.1 S. 2 ff.) wurden als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare Radikulopathie und als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit chronische Schulterschmerzen der adominanten linken und der dominanten rechten Seite sowie ein Verdacht auf ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) festgehalten (S. 24 f.).

In orthopädischer Hinsicht stehe das chronische panvertebrale Schmerzsyndrom im Vordergrund, derzeit ohne fassbare Radikulopathie. Es seien verschiedene Abklärungen und auch Interventionen durchgeführt worden. Insgesamt seien aber die sich diffus verteilenden Beschwerden durch die klinischen, radiologischen, intraoperativen und infiltrativen Befunde nicht klar begründbar. Eine verminderte Belastbarkeit, vor allem der thorakalen Wirbelsäule, sei jedoch nachvollziehbar. Die weiteren Beschwerden, vor allem die Schulterbeschwerden beidseits, seien ohne klares Korrelat, bei Status nach Voroperationen mit aktuell unauffälliger Funktionsfähigkeit. Beim Beschwerdeführer bestehe ein sehr guter Trainingszustand, zudem eine erhebliche Beschwiellung der Hände als Zeichen einer wesentlichen Belastbarkeit. Aus orthopädischer Sicht resultiere eine leicht verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule, sodass keine körperlich schwer belastenden Tätigkeiten zumutbar seien. Dementsprechend habe eine teilweise Ein-

schränkung für einige Monate hinsichtlich der früher ausgeübten Arbeiten auf dem Bau bestanden. Für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Lasten heben über 25kg bestehe hingegen aus Sicht des Bewegungsapparates keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Aus psychiatrischer Sicht könne kein gravierender Befund erhoben werden. Die Symptomatologie könne im Rahmen der Verdachtsdiagnose auf ein ADHS erwähnt werden. Eine wesentliche affektive Störung, wie früher postuliert, könne nicht nachgewiesen werden, weder aktuell noch in der Vergangenheit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit lediglich für schwere Tätigkeiten. Für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe hingegen eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Auch retrospektiv könne keine höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zugeordnet werden, abgesehen von jeweiligen postoperativen Rekonvaleszenzen während einigen Wochen (S. 26).

3.4

3.4.1 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; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.4.2 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. Aus-

schlaggebend 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).

3.5 Die ursprüngliche Verfügung vom 8. Januar 2014 basierte im Wesentlichen auf dem rheumatologischen Gutachten des Spitals C. _____ vom 5. Oktober 2012 (act. II 47.1), worin insbesondere ein Schulterimpingement links sowie ein lumbospondylogenes Syndrom diagnostiziert wurden (S. 15). Indem gleichzeitig das Vorliegen geistiger oder psychischer Beeinträchtigungen verneint wurde (S. 17), liegt mit Bezug auf die nunmehr geltend gemachte Schmerz- sowie depressive Störung unbestrittenermassen eine wesentliche Änderung in den Tatsachen vor, weshalb ein Revisionsgrund erstellt ist (vgl. E. 2.2 vorne).

Im Rahmen des diesfalls ohne Bindung an die in der Verfügung vom 8. Januar 2014 getroffenen Feststellungen zu prüfenden Rentenanspruchs stellte die Beschwerdegegnerin massgeblich auf das bidisziplinäre Gutachten des MEDAS vom 31. Mai 2016 (act. II 106.1 S. 2 ff.) ab.

3.6 Das orthopädische Teilgutachten erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Es beruht auf einer detaillierten Befunderhebung (vgl. S. 18 f.), ist in den Darlegungen nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Im Übrigen steht die medizinische Einschätzung im Einklang mit den übrigen ärztlichen Berichten; Gegenteiliges macht denn auch der Beschwerdeführer nicht geltend. Demnach besteht in somatischer respektive orthopädischer Hinsicht ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare Radikulopathie (S. 24), welches die Arbeitsfähigkeit mit Bezug auf körperlich leichte bis mindestens mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung, ohne Lasten heben über 25kg, zeitlich und leistungsmässig nicht einschränkt (S. 22; 26). Indem der orthopädische Gutachter dieses Zumutbarkeitsprofil spätestens neun Monate nach dem am 6. März 2014 durchgeführten Wirbelsäuleneingriff (vgl. act. II 71.2 S. 7) als massgeblich erachtete (act. II 106.1 S. 22), beansprucht es mit Blick auf die im März 2015 erfolgte Neu-

anmeldung (act. II 73 S. 6) Gültigkeit für den gesamten vorliegend relevanten Beurteilungszeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2016.

3.7 In psychischer Hinsicht liegen zwei Gutachten im Recht, jenes zu Händen des Krankentaggeldversicherers vom 22. März 2016 (act. II 103.2) von Dr. med. E._____, sowie das MEDAS-Teilgutachten von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 106.1 S. 10-16). Während Letzterer keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte (S. 15), gelangte Dr. med. E._____ wie schon Dr. med. G._____ zum Schluss, es liege eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) vor, welche die Arbeitsfähigkeit um 50% einschränkten (act. II 103.2 S. 25). Der Beschwerdeführer kritisiert, Dr. med. H._____ habe sich nicht mit den anders lautenden Einschätzungen von Dr. med. E._____ auseinandergesetzt.

Aus den Akten folgt, dass der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin das Gutachten von Dr. med. E._____ am 24. Mai 2016 zustellte (act. II 103 S. 1). Diese orientierte den Beschwerdeführer noch gleichentags, die „medizinischen Unterlagen“ an die Gutachterstelle weitergeleitet zu haben (act. II 104 f.), wobei ohne weiteres davon auszugehen ist, dass es sich dabei um das nämliche Gutachten handelte. Fest steht jedoch, dass die Expertise von Dr. med. E._____ im MEDAS-Gutachten nicht unter der „Auflistung der vorhandenen Akten in chronologischer Reihenfolge“ erscheint (vgl. act. II 106.1 S. 5-9) und es auch nicht diskutiert wurde, was grundsätzlich als Mangel zu qualifizieren ist. Dennoch besteht aufgrund der konkreten Umstände kein Anlass, dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. H._____ deswegen den Beweiswert abzusprechen:

Unter beweisrechtlichem Blickwinkel ist ausschlaggebend, dass Dr. med. E._____ die von Dr. med. G._____, Spital C._____, gestellten psychiatrischen Diagnosen, so auch jene einer mittelgradigen depressiven Episode (vgl. act. II 79 S. 5), bestätigte (act. II 103.2 S. 14). Hierzu respektive zum allfälligen Vorliegen einer depressiven Störung hat sich der MEDAS-Gutachter Dr. med. H._____ sehr wohl geäußert und ausführlich und überzeugend begründet, warum die nämliche Diagnose nicht

bestätigt werden könne. Insbesondere legte er dar, dass die Befunde nicht mit einer mittelgradigen depressiven Störung vereinbar seien, dass – trotz angeblich zweimaliger Suizidgedanken in den Jahren 2015 und 2016 – nie eine stationäre psychiatrische Behandlung stattgefunden habe, dass auch die medikamentöse Behandlung abgebrochen worden sei, was mit den geltend gemachten Nebenwirkungen nicht hinreichend erklärt werden könne, und dass der Beschwerdeführer ein (namentlich auch sportlich) aktives Leben führe, wozu ein depressiver Mensch nicht in der Lage sei (vgl. act. II 106.1 S. 16). Der Beschwerdeführer beschränkt sich im Wesentlichen darauf, die Ausführungen von Dr. med. H. _____ pauschal als „Quacksalberlogik“ oder „haltlose Behauptungen“ abzutun (vgl. act. I 5), legt jedoch keine medizinischen Berichte vor, welche Zweifel an den Einschätzungen des MEDAS-Gutachters äusserten. Insbesondere lässt er unerwähnt, dass auch Dr. med. E. _____ Verdeutlichungstendenzen festgestellt hat und namentlich ob der Tatsache „erstaunt“ war, dass keine medikamentöse antidepressive Behandlung erfolgte (vgl. act. II 103.2 S. 17; vgl. auch E. 3.8.2 hinten). Soweit der Beschwerdeführer weiter geltend macht, Dr. med. H. _____ seien „auch die narzisstischen Züge“ entgangen, ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Entscheid des BGer vom 24. November 2015, 9C_353/2015, E. 4.1). Zwar diagnostizierte Dr. med. E. _____ eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen, mass dieser jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (act. II 103.2 S. 14). In den übrigen psychiatrischen Berichten wurde die fragliche Diagnose nicht erwähnt. Aus deren Fehlen im Gutachten von Dr. med. H. _____ kann folglich keineswegs auf eine ausserhalb des fachlichen Ermessensbereichs liegende Einschätzung des Gutachters geschlossen werden.

Zusammenfassend kommt somit auch dem psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten Beweiswert zu (vgl. E. 3.4.2 vorne), weshalb es der vom Beschwerdeführer eventuell beantragten medizinischen Abklärungen nicht bedarf. Entsprechend der Einschätzung von Dr. med. H. _____ ist – im

vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum (vgl. E. 3.6 vorne) – in psychiatrischer Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben (act. II 106.1 S. 15 f. und 26) und eine psychisch bedingte Invalidität damit nicht erstellt.

3.8 Zu keinem anderen Ergebnis führte es, wenn – wie beschwerdeweise geltend gemacht – die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie einer mittelgradigen depressiven Episode beurteilt würden. In diesem Fall erwiese sich die gestützt darauf attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung der diesfalls beachtlichen Indikatoren (BGE 141 V 281; Entscheid des BGer vom 12. September 2017, 8C_433/2017, E. 3.4.1) sowie nach Massgabe der im nämlichen Gutachten getroffenen Feststellungen in rechtlicher Hinsicht als nicht hinreichend erstellt:

3.8.1 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 (vgl. E. 2.1 vorne; BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

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) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird 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 (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). 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).

3.8.2 In der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ und dem Komplex „Gesundheitsschädigung“ hat Dr. med. E._____ die Schmerzstörung zwar als ausgeprägt eingestuft (vgl. act. II 103.2 S. 20). Dies widerspricht jedoch den eigenen Feststellungen des Gutachters, wonach es ihn erstaune, dass der Beschwerdeführer trotz der angegebenen massiven Schmerzsymptomatik u.a. in der Lage ist, regelmässig mit dem Auto zu fahren, was in Anbetracht „der enormen motorischen und kognitiven Anforderungen, welche die Tätigkeit des Autofahrens an eine Person“ stelle, „durchaus auf erhebliche Ressourcen“ hinweise (S. 16). In diesem Zusammenhang liess der Gutachter zudem ausser Acht, dass der Beschwerdeführer regelmässig Fitnesstraining betreibt (vgl. act. II 103.4 S. 3) und gemäss den Feststellungen im orthopädischen Teilgutachten der MEDAS-Expertise „sehr kräftig gebaut“ sei, „deutlich trainiert“ wirke und zudem eine erhebliche Beschwielung der Hände als Zeichen einer wesentlichen Belastbarkeit aufweise (vgl. act. II 106.1 S. 18; 26); dies alles spricht gegen eine anhaltende, die Arbeitsfähigkeit relevant einschränkende Schmerzproblematik bzw. dafür, dass der Beschwerdeführer eine allfällige Schmerzproblematik zu überwinden in der Lage ist (vgl. E. 2.1 und 3.8.1 vorne) – dies unabhängig davon, ob die geltend gemachten körperlichen Beschwerden nun somatischer oder psychischer Natur sind. Wenngleich Dr. med. E._____ eine Aggravation

verneinte (vgl. act. II 103.2 S. 16), so kann angesichts der (sportlichen) Aktivitäten des Beschwerdeführers nicht von einer erheblichen Ausprägung der Schmerzstörung ausgegangen werden, zumal der Gutachter selber einräumte, er könne keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen Lebensbereichen feststellen (S. 24). Schliesslich hält Dr. med. E._____ fest, dass im Falle der Durchführung zumutbarer therapeutischer Massnahmen mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (S. 25), womit eine Behandlungsresistenz nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt ist, was ebenso gegen das Vorliegen einer ausgeprägten Schmerzstörung spricht.

Im Weiteren liegt mit Bezug auf die von Dr. med. E._____ diagnostizierte mittelgradige depressive Episode keine schwere, persönliche Ressourcen raubende Komorbidität vor, nachdem mittelgradige depressive Episoden grundsätzlich therapierbar und somit rechtsprechungsgemäss nicht invalidisierend sind (vgl. Entscheid des BGer vom 4. September 2017, 9C_289/2017, E. 6.5.3). Vorliegend gilt nichts anderes, nachdem Dr. med. E._____ eine antidepressive Medikation als indiziert erachtete (vgl. S. 25 oben). Davon abgesehen, erweist sich die – auch mit der depressiven Störung begründete – 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 25) gerade auch im Lichte der von ihm selber getroffenen Feststellungen im Gutachten als wenig plausibel: So präsentierte sich die psychopathologische Befundlage eher bescheiden (S. 8 f.). Zwar hielt Dr. med. E._____ fest, „klinisch“ sei der Beschwerdeführer „affektiv bedrückt, deprimiert, ratlos, nachdenklich und innerlich unruhig“. Gleichzeitig jedoch beschrieb er die Konzentrationsfähigkeit und den Antrieb als „klinisch“ lediglich „leichtgradig“ bzw. „leicht reduziert“ und die affektive Schwingungsfähigkeit als „klinisch“ allein „etwas reduziert“ (S. 9). Auch ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer wiederholt gelächelt und mit dem Dolmetscher einen Scherz gemacht hat, gleichzeitig aber deprimiert gewirkt haben soll (vgl. S. 8 f.). Für die Frage des Leistungsvermögens ist überdies beachtlich, dass die Testung gemäss Mini-ICF-APP (Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen [vgl. act. II 103.3 S. 1 f.]) allein in sechs von 13 Fähigkeitsdimensionen eine Beeinträchtigung ergeben hat, wobei viermal eine leicht und zweimal eine

mässig ausgeprägte Beeinträchtigung festgestellt wurde. Abgesehen davon, dass Dr. med. E._____ diese mit einer mittelgradigen depressiven Episode nicht ohne weiteres in Einklang zu bringenden Ergebnisse im Gutachten nicht weiter kommentierte, reichen sie mit Blick auf das aktenkundig erhebliche Aktivitätsvermögen des Beschwerdeführers, welches nicht nur gegen das Vorliegen einer erheblichen Schmerzstörung, sondern auch gegen eine invalidisierende depressive Störung spricht, nicht aus, um eine namhafte (rechtlich relevante) Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Dies umso weniger, als sich auch Dr. med. E._____ ob dem Umstand erstaunt zeigte, dass der Beschwerdeführer keine medikamentöse antidepressive Behandlung in Anspruch nimmt (act. II 103.2 S. 17), was ebenfalls gegen die von ihm postulierte depressionsbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit spricht. Schliesslich liegen auch in somatischer Hinsicht keine schweren Komorbiditäten vor, schränkt doch das chronische panvertebrale Schmerzsyndrom ohne fassbare Radikulopathie (vgl. act. II 106.1 S. 24) die Arbeitsfähigkeit nur marginal ein (S. 26) und sind die geklagten Beschwerden nur sehr bedingt objektivierbar.

Ferner weisen die Komplexe „Persönlichkeit“ und „Sozialer Kontext“ auf erhebliche Kompensationspotentiale hin: Dr. med. E._____ hat zur Persönlichkeit des Beschwerdeführers detailliert Stellung genommen und zunächst das Vorliegen einer eigentlichen Persönlichkeitsstörung verneint (act. II 103.2 S. 21). Im Weiteren hat er sich zu den komplexen Ich-Funktionen geäussert und diese als „soweit vorhanden und ausgebildet“ taxiert, dass der Beschwerdeführer in der Lage sei, einen Willen zu bilden und zielgerichtet danach zu handeln (S. 23). Schliesslich hat er für die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eine weitere Einteilung hinsichtlich personaler, sozialer und struktureller Ressourcen vorgenommen und insoweit folgende Feststellungen getroffen: Hinsichtlich der personalen Ressourcen erachtete Dr. med. E._____ allein die „Selbstwirksamkeitserwartung“ als in „etwas reduziertem Ausmass vorhanden“. Alle übrigen personalen Ressourcen sah er als gegeben an (S. 23). Weiter hielt er fest, dass positive soziale Bindungen im Sinne einer Einbettung in das Familiensystem und in die Beziehung des Beschwerdeführers beständen, er eine Berufsausbildung absolviert habe

und über eine langjährige Berufserfahrung verfüge (S. 24), womit Dr. med. E._____ auch von hinreichenden sozialen und strukturellen Ressourcen ausging. Insgesamt wirken sich demnach sowohl die persönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers – welche namentlich auch nicht durch die keine Komorbidität darstellende mittelgradige depressive Episode relevant geschmälert werden – als auch der soziale Bereich positiv auf sein Leistungsvermögen aus.

3.8.3 Lassen somit die zu berücksichtigenden Indikatoren nicht den Schluss auf invalidisierende Funktionseinbussen im rechtlichen Sinne zu, erübrigt sich eine weitergehende Konsistenzprüfung. Selbst, wenn für die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit auf das Gutachten von Dr. med. E._____ vom 22. März 2016 (act. II 103.2) bzw. die darin attestierte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 50% abgestellt würde, fehlte es dem Dargelegten zufolge unter Berücksichtigung der nicht schwer ausgeprägten Schmerzstörung, einer nicht schwerwiegenden persönliche Ressourcen raubenden psychischen und/oder somatischen Komorbidität sowie günstiger persönlicher Ressourcen an einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden (vgl. E. 3.8.1 vorne). Dies gilt mit Bezug auf den gesamten Beurteilungszeitraum seit der Neuanmeldung im März 2015 (act. II 73 S. 6) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2016, nachdem der massgebliche (medizinische) Sachverhalt im Lichte der Berichte der behandelnden Ärzte im vorliegend relevanten Beurteilungszeitraum keinen wesentlichen Schwankungen unterworfen war.

3.9 Zusammenfassend besteht mit Bezug auf körperlich leichte bis mindestens mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung, ohne Lasten heben über 25kg, zeitlich und leistungsmässig eine volle Arbeitsfähigkeit.

3.10 Gestützt auf diese medizinisch-theoretischen Prämissen ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu bestimmen:

Indem der Beschwerdeführer nach seiner Einreise in die Schweiz mehrere und verschiedene (Hilfs-)Tätigkeiten ausübte (vgl. act. II 103.4 S. 1 f.), ist das Valideneinkommen mit der Beschwerdegegnerin praxisgemäss auf-

grund von Tabellenlöhnen gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung (LSE) zu ermitteln (vgl. Entscheid des BGer vom 21. Dezember 2016, 8C_728/2016, E. 3.1). Da er sodann über keinen anerkannten Berufsabschluss in der Schweiz verfügt (vgl. act. II 73 S. 4), hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zu Recht auf den Wert Total, Männer, Kompetenzniveau 1 von Tabelle TA1, abgestellt. Weil das Invalideneinkommen – unter Zugrundelegung einer vollschichtig zumutbaren angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.9 vorne) – vorliegend basierend auf denselben Tabellenwerten zu ermitteln ist, erübrigt sich eine genaue Bezifferung der Vergleichseinkommen bzw. entspricht der Invaliditätsgrad einem allfälligen – hier jedoch offensichtlich nicht zulässigen – leidensbedingten Abzug von maximal 25% (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; Entscheid des BGer vom 4. August 2017, 8C_358/2017, E. 2.2).

3.11 Beträgt demnach der Invaliditätsgrad maximal 25%, hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung ist somit nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

4.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen. 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. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach

allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ AG z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.