

200 17 179 IV
SCP/SAW/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. Juli 2017

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Winiger

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. Januar 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1959 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war ab April 1991 bis August 2008 als Mitarbeiter auf dem ... tätig und wurde am 19. August 2008 durch seine damalige Arbeitgeberin, die Einwohnergemeinde ..., u.a. wegen Gelenkschmerzen, Rheuma und diversen Angstzuständen bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung angemeldet (Akten der IVB [act. II] 1; 3). Am 22. September 2008 (act. II 8) erfolgte die Anmeldung zum Leistungsbezug durch den Versicherten. Die IVB führte daraufhin erwerbliche sowie medizinische Abklärungen durch, wobei sie insbesondere bei der Abklärungsstelle C. _____, eine Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung (AMA; vgl. Abschlussbericht AMA vom 17. November 2008, act. II 29 S. 2) veranlasste und den Versicherten durch die MEDAS D. _____ polydisziplinär begutachten liess (vgl. Gutachten der MEDAS D. _____ Bern vom 8. Juni 2009, act. II 40 S. 3). Mit Verfügung vom 16. September 2009 (act. II 51) lehnte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 34% den Anspruch auf eine Invalidenrente ab. Zudem wurde, nachdem ein Arbeitstraining bei der Abklärungsstelle E. _____ durchgeführt worden war (vgl. Bericht Grundabklärung vom 29. Oktober 2009, act. II 57) und der Versicherte eine temporäre Arbeitsstelle bei der Firma F. _____ AG antreten konnte, mit Mitteilung vom 17. September 2010 (act. II 67) die Arbeitsvermittlung abgeschlossen.

B.

Am 1. September 2015 (act. II 70) meldete sich der Versicherte aufgrund einer massiven Adipositas erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. In der Folge führte die IVB medizinische Abklärungen durch und holte bei der MEDAS G. _____ ein interdisziplinäres Gutachten, datiert vom 14. Juli 2016 (act. II 94.1), ein. Nach einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (RAD) vom 9. August 2016 (act. II 97) stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom

19. August 2016 (act. II 99) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht und führte zur Begründung aus, es liege kein Revisionsgrund vor. Zwar werde eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geschildert, diese sei jedoch in erster Linie durch das massive Übergewicht zu begründen. Bei einer zumutbaren Gewichtsreduktion würden sich die körperlichen Beschwerden in erheblichem Ausmass verringern. Im Weiteren sei dem Versicherten auch unter Berücksichtigung der aktuellen Leistungseinschränkung eine ganztägige Präsenz in einer wechselbelastenden Arbeit, mit einer Leistungsminderung von 20%, zumutbar. Dagegen erhob der Versicherte am 7. September 2016 (act. II 103) Einwand. Nachdem das Dossier dem RAD erneut zur Stellungnahme unterbreitet worden war (act. II 108 S. 2) und ein Gutachter der MEDAS G._____ zusätzliche Fragen beantwortet hatte (vgl. Stellungnahme vom 5. Dezember 2016, act. II 110), verfügte die IVB am 18. Januar 2017 (act. II 112) wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt und wies das Leistungsbegehren ab.

C.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 16. Februar 2017 Beschwerde. Er beantragt die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2017 und die Ausrichtung einer Invalidenrente.

Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 17. März 2017 auf Abweisung der Beschwerde. Dabei nahm sie auf Ersuchen des Instruktionsrichters hin (vgl. prozessleitende Verfügung vom 17. Februar 2017) insbesondere zur Zumutbarkeit eines bariatrisch-chirurgischen Eingriffs Stellung und äusserte sich zur Frage, ob und gegebenenfalls in welcher Form der Beschwerdeführer auf seine Schadenminderungspflicht hingewiesen worden war bzw. weshalb allenfalls die Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nicht erforderlich gewesen war.

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 ist die Verfügung vom 18. Januar 2017 (act. II 112). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

2.5 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat

(Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Tritt die Verwaltung auf die Neu anmeldung 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).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neu anmeldungsverfahren – 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).

2.6 Gemäss Art. 7 Abs. 1 IVG muss die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt der Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Es ist primär Sache des Einzelnen, sich um eine angemessene Eingliederung zu bemühen. Kann eine versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht gar keine Invalidität, womit es an der unabdingbaren Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Invalidenversicherung – auch für Eingliederungsmassnahmen – fehlt. Die Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (BGE 113 V 22 E. 4a S. 28; AHI 2001 S. 282 E. 5a aa; RKUV 1987 U 26 S. 391).

Je nach den Umständen greift die Schadenminderungspflicht in die verschiedensten Lebensbereiche ein, wobei jedoch von den Versicherten nur solche Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 138 I 205 E. 3.2 S. 209). Die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht sind zulässigerweise dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung (namentlich durch Bezug einer Rente oder bei einer grundlegend neuen Eingliederung) in Frage steht (BGE 140 V 267 E. 5.2.1 S. 274, 134 I 105 E. 8.2 S. 111).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 1. September 2015 (act. II 70) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 16. September 2009 (act. II 51) und der hier angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2017 (act. II 112) eine wesentliche Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad bzw. den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 16. September 2009 (act. II 51) stützte sich in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS D. _____ vom 8. Juni 2009 (act. II 40 S. 3), welches auf den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie basiert. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter folgende Diagnosen (act. II 40 S. 17 Ziff. 4):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit:

1. Narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8)
2. Morbide Adipositas (BMI > 50 kg/m²)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit:

3. Arterielle Hypertonie
4. Kontrollbedürftiger Blutzuckerwert
5. Aktenkundig Dyslipidämie (Oktober 2002)
6. Myalgien, höchstwahrscheinlich Ausdruck eines myofaszialen Schmerzsyndroms mit muskulärer Dysbalance des Schulter- und Beckengürtels

7. Zustand nach Polytoxikomanie (ICD-10 F19), derzeit sporadisch Alkoholkonsum
8. Aktenkundig rezidivierende Tonsillitis
9. Benigne ventrikuläre Extrasystolen (fachärztlich abgeklärt im Oktober 2002)
10. Zustand nach zweitgradiger Verbrennung der Fusssohle beidseits am 1. August 2004
11. Eigenanamnestisch Zustand nach Zeckenbiss 2000 oder 2001

Auf der körperlichen Ebene sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in qualitativer Hinsicht durch seine morbide Adipositas und die aus dieser entstehende chronische Belastung von Herz-/Kreislauf, Rücken und Beimgelenken limitiert. Die im rheumatologischen Gutachten aufgeführten Myalgien (Muskelschmerzen) seien durch aktive physikalische Massnahmen prinzipiell reversibel (S. 20 Ziff. 1). Die im Jahre 2007 durchgeführten Röntgenaufnahmen der Hüft- und Kniegelenke zeigten keine Anhaltspunkte für eine Polydegeneration, wobei rein statisch gesehen der Versicherte ein deutlich erhöhtes relatives Risiko für die Entwicklung von Kniegelenksarthrosen infolge der morbiden Adipositas besitze. Aus der Beurteilung des Bewegungsapparates ergebe sich heute keine Einschränkung für die bisherige Arbeitstätigkeit als ... und für eine dem Leiden bestens angepasste Tätigkeit (S. 34). Aus psychiatrischer Sicht bestehe ein ausgeprägter Narzissmus, zu welchem verstärkte Kränkbarkeit gehöre. Zudem sei ein ungezügelter Essverhalten eruiert (S. 20). Zwar seien beim Versicherten erhebliche narzisstische Persönlichkeitszüge zu konstatieren, diese seien aber nicht so ausgeprägt, dass sie einer Eingliederungsfähigkeit widersprechen würden. Der Explorand sei durchaus interaktionsfähig und seinem Arbeitsumfeld zumutbar (S. 30 Ziff. 3). Gestützt auf die psychiatrische Beurteilung sei der Versicherte in der Lage, sämtliche körperlich zumutbaren Arbeiten regelmässig und vollschichtig (8,5 Stunden pro Tag) zu verrichten (S. 30 Ziff. 4).

Nach durchgeführter Konsensbesprechung hielten die Gutachter fest, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (S. 21 Ziff. 7). Medizinisch vertretbar seien körperlich leichte, überwiegend sitzend, gelegentlich gehend, selten stehend auszuübende manuelle Tätigkeiten. Repetitives Heben und/oder Tragen von Gewichten über 15kg sollte der Versicherte unterlassen. Zudem empfehle sich aus psychiatrischer Indikation ein Einzelarbeits-

platz. Eine angepasste Tätigkeit könne der Versicherte ganztags zu 100% ausüben (S. 21 f. Ziff. 11 ff.).

3.3 Im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens fanden im Wesentlichen die folgenden medizinischen Dokumente Eingang in die Akten:

3.3.1 Das Gutachten der MEDAS G. _____ vom 14. Juli 2016 (act. II 94.1) basiert auf den Fachgutachten in den Bereichen Dermatologie, Orthopädie, Psychiatrie, Chirurgie/Unfallchirurgie und Innere Medizin. Unter Berücksichtigung aller Fachgebiete stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 21 f. lit. E):

Diagnosen mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Adipositas permagna (BMI 62 kg/m²)
2. Fortgeschrittene Varusgonarthrose beidseits mit Bewegungseinschränkungen an beiden Kniegelenken
3. Chronisch wiederkehrende Lumbalgien bei Wirbelsäulenfehlstatik in Form leichter Verstärkung der Lendenlordose und bei beginnenden degenerativen LWS-Veränderungen
4. Wiederkehrende Schulterarthralgien rechts bei beginnenden degenerativen Veränderungen
5. Chronische Herz-Kreislaufbelastung bei metabolischem Syndrom bei Adipositas permagna, arterieller Hypertonie (behandelt), Verdacht auf Diabetes mellitus, Dyslipidämie (zurzeit nicht medikamentös therapiert), Verdacht auf Steatosis hepatis, Herzrhythmusstörungen (aktuell nicht nachweisbar)
6. Lymph- (und Lip-)ödeme an beiden Unterschenkeln mit Status nach Unterschenkelulzerationen

Diagnosen ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit:

7. Myofaszielles Schmerzsyndrom, Status nach Zeckenbiss (2001), Verdacht auf Schilddrüsenunterfunktion
8. Onychodystrophie sämtlicher Zehennägel
9. Fibroider/nävöider Knoten unterhalb des linken Knies
10. Pigmentnävus am Rücken
11. Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit reduzierter Impulskontrolle, leichter Kränkbarkeit
12. Zustand nach Polytoxikomanie (abstinent)
13. Zustand nach depressiver Episode, remittiert

In dermatologischer Hinsicht wurde festgehalten, nach nun abgeheilten Ulzerationen im Rahmen der kompensierten Unterschenkellymphödeme sei die Arbeitsfähigkeit lediglich im Hinblick auf Arbeiten, welche ausschliessliches Stehen oder Sitzen erforderten, eingeschränkt (S. 34).

Gestützt auf die orthopädische Exploration hielt Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, es lägen Funktionseinschränkungen betreffend die rechte Schulter, die LWS und die Kniegelenke vor. Tätigkeiten zu erbringen im Stehen und Gehen seien aufgrund der bestehenden Arthrosebefunde an den Kniegelenken nicht mehr möglich. Ebenso wenig seien jegliche kniende Tätigkeiten, Arbeiten verbunden mit gelegentlichem Gehen und Stehen auf Leitern, Treppen oder in unebenem Gelände wie auch alle mittelschweren sowie schweren körperlichen Tätigkeiten noch ausführbar. Bei all diesen Arbeiten seien erhebliche Schmerzen in den Kniegelenken zu erwarten. Die Wetterfühligkeit sei nachvollziehbar und aufgrund dessen sollten keine Arbeiten unter Exposition gegenüber Nässe, Kälte und Zugluft gefordert werden. Auch die berichteten erheblichen Anlaufschmerzen in den Kniegelenken beim Aufstehen aus sitzender Position seien durch die Befunde erklärbar. Objektivierbar seien zudem belastungsabhängige Schmerzen in der Wirbelsäule, insbesondere in der LWS, bei langem Stehen und Gehen, beim Aufrichten aus gebückter Haltung, bei langen statischen Belastungen sowie bei allen längeren Belastungen der Wirbelsäule ausserhalb der Körperachse. Auch Tätigkeiten verbunden mit Belastungen der rechten Schulter durch mittelschwere und schwere körperliche Arbeit seien nicht mehr möglich. Ellbogen-, Hand-, und Fingergelenke seien indessen uneingeschränkt einsetzbar. Idealerweise arbeite der Versicherte in einer ausschliesslich leichten, ganz überwiegend im Sitzen zu erbringenden Tätigkeit. Nachdem aber eine dauerhaft im Sitzen zu erbringende Tätigkeit auch nicht mehr geeignet erscheine und kurzes Aufstehen beim Arbeiten in überwiegend sitzenden Tätigkeiten zu erheblichen Schmerzen in den Kniegelenken führe, resultiere ebenfalls für eine dem Leiden ideal angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit mit eingeschränkter Leistung (Leistungsfähigkeit 80%, S. 46). Das Arbeitspensum sei mit 8,5 Stunden pro Tag nicht eingeschränkt (S. 44).

Aus psychiatrischer Sicht konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 54).

Im Rahmen der chirurgischen/unfallchirurgischen Beurteilung wurde ausgeführt, der Versicherte sei wegen seines Körpergewichts und den damit ver-

bundenen degenerativen Veränderungen, vor allem der Kniegelenke, in der Mobilität eingeschränkt. Für eine Arbeit, wie zuletzt bei der Firma F. _____ AG, wie auch in einer anderen ideal angepassten Tätigkeit mit Wechselbelastung, kurzen Gehstrecken, ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne Leitersteigen und mit einer Gewichtslimite von maximal 15kg liege mit Sicherheit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit vor (20%ige Reduktion wegen Pausen; S. 16).

Betreffend die internistische Untersuchung wurde vermerkt, auf körperlicher Ebene bestehe in quantitativer Hinsicht eine Limitierung der Arbeitsfähigkeit wegen der durch die morbid Adipositas entstehenden chronischen Belastung für Herz und Kreislauf. Deshalb sollte beim Versicherten von einer Leistungseinbusse von maximal 20% ausgegangen werden (S. 59).

Nach durchgeführter Konsensbesprechung hielten die Gutachter fest, der Versicherte sei aus interdisziplinärer Sicht zu 80% arbeitsfähig für eine maximal leichte, wechselbelastende Arbeit, ohne lange Gehstrecken, ohne Steigen auf Leitern, ohne Überkopfarbeiten, ohne Arbeiten in überhitzten Räumen, in der Nässe oder Kälte und ohne Schichtarbeiten (S. 21).

3.3.2 In der Stellungnahme vom 9. August 2016 (act. II 97) gab der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Arbeitsmedizin, an, konservative Massnahmen zur Gewichtsreduktion seien zumutbar. Zudem sei bei dieser massiven Adipositas eine bariatrische Operation zu diskutieren. Eine generelle versicherungsmedizinische Verpflichtung zur Durchführung einer solchen Operation könne dem Versicherten jedoch nicht auferlegt werden.

3.3.3 Am 5. Dezember 2016 (act. II 110) nahm Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der MEDAS G. _____ zur Frage Stellung, ob der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen unfähig sei, etwas gegen seine höchst massive Adipositas zu tun. Dabei legte er dar, die Passivität bzw. Untätigkeit betreffend die aktive Gewichtsabnahme sei nicht eine Folge der psychischen Situation, insbesondere nicht der vorliegenden Persönlichkeitsakzentuierung. Im Hinblick auf die schwere Adipositas sei von einem Suchtverhalten auszugehen. Der Versicherte habe in der Vergangenheit bereits unter Beweis gestellt, dass es ihm bei entsprechender Motivation gelungen sei, den Drogen-, Alkohol- und Nikotin-

konsum einzustellen. Es gebe keine objektiven Gründe, die einer möglichen Gewichtsreduktion entgegenstehen würden. Mangelhafte Motivation sei nicht durch eine versicherungspsychiatrisch bedeutsame psychische Störung/Erkrankung begründet (S. 3).

3.3.4 Lic. phil. K. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie, führte im Bericht vom 2. Februar 2017 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4) aus, der Patient leide unter massivem Übergewicht sowie entsprechenden Folgekrankheiten und es sei offensichtlich, dass er deswegen nicht mehr voll arbeitsfähig sei. Der Patient habe schon verschiedene Versuche gemacht abzunehmen, die leider nicht dokumentiert seien und die längerfristig nicht zum Erfolg geführt hätten. Es sei bekannt, dass nur 10 bis 20% der Betroffenen mit einer Therapie längerfristig Erfolg hätten, wobei sie sich auf 50% der ursprünglich erreichten Gewichtsabnahme stabilisierten. Würde der Patient zu den 10% erfolgreichen gehören und könnte z.B. 50kg abnehmen, würde sich das bei 25kg Gewichtsabnahme einpendeln. Falls er das halten könnte, würde er immer noch über 200kg wiegen, was an der Problematik nicht viel ändern würde. Das Essverhalten des Patienten sei eine Bewältigungsstrategie für seine psychischen Probleme. Zu Grunde liege sicher eine Depression. Diese habe mit der schweren Kindheit und weiteren Lebensereignissen zu tun.

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 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 Situa-

tion 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).

3.5 Im Rahmen der Begutachtung der MEDAS D. _____ vom 8. Juni 2009 legte der rheumatologische Gutachter dar, dass die im Jahre 2007 durchgeführten Röntgenaufnahmen der Hüft- und Kniegelenke keine Hinweise für eine Polydegeneration zeigten, aber rein statistisch gesehen der Beschwerdeführer ein deutlich erhöhtes relatives Risiko für die Entwicklung von Kniegelenksarthrosen infolge der morbidem Adipositas aufweise (act. II 40 S. 34). Dieses Risiko hat sich in der Zwischenzeit im Sinne einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes verwirklicht, belegen doch die Röntgenaufnahmen der Kniegelenke vom Dezember 2015 eine fortgeschrittene medial betonte Gonarthrose beidseits mit fast vollständiger Aufhebung des medialen Gelenkspaltes beidseits (act. II 94.1 S. 43). Dabei handelt es sich um einen degenerativen Gesundheitsschaden, weshalb – entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (act. II 112 S. 1) – unerheblich ist, dass dieser bei (rechtzeitiger) Einhaltung der Schadenminderungspflicht in Form der bereits im Jahre 2007 für dringend indiziert gehaltenen Gewichtsreduktion (vgl. act. II 40 S. 34) in der Entwicklung hätte aufgehalten bzw. aufgeschoben werden können. Die Verschlechterung erweist sich in Anbetracht der sich aus den Befunden dauerhaft ableitbaren Funktionseinschränkungen, wonach der Beschwerdeführer nicht mehr im Stehen und Gehen tätig werden kann und ihm jegliche knienden Arbeiten, Tätigkeiten verbunden mit gelegentlichem Gehen und Stehen auf Leitern, Treppen oder in unebenem Gelände wie auch alle mittelschweren und schweren körperlichen Tätigkeiten nicht mehr zumutbar sind (act. II 94.1 S. 44), denn auch als erheblich und damit (potenziell) rentenrelevant. Im Weiteren geht aus den medizinischen Akten hervor, dass die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule zugenommen haben und sich eine Funktionseinschränkung an der rechten Schulter entwickelt hat (act. II 94.1 S. 23 Ziff. 1.1 und S. 45). Damit ist – im Vergleich zur Verfügung vom 16. September 2009 (act. II 51) – klar ein Revisionsgrund bzw. ein Neuanmeldungsgrund

ausgewiesen und der Rentenanspruch umfassend zu prüfen (vgl. E. 2.5 hiavor).

3.6 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2017 (act. II 112) massgeblich auf die interdisziplinäre Beurteilung der MEDAS G._____ vom 14. Juli 2016 (act. II 94.1) gestützt. Die Gutachter haben ihre Einschätzungen gestützt auf die eigenen Untersuchungen und in Kenntnis der medizinischen Vorakten gewonnen und dabei die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers sowie die objektiven Befunde berücksichtigt. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Das Gutachten der MEDAS G._____ erfüllt demnach die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiavor), weshalb ihm – wie nachfolgend dargelegt wird – trotz der vom Beschwerdeführer aufgeführten Ungereimtheit (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. 2) volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.6.1 Vorab ist im Rahmen der Beweiswürdigung klarzustellen, dass es sich bei der im orthopädischen Teilgutachten einmalig angegebenen Leistungsfähigkeit von „60%“ (vgl. act. II 94.1 S. 45) um einen Verschied handeln muss und – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. 2) – darauf nicht abgestellt werden kann. So bezifferte der orthopädische Gutachter Dr. med. H._____ unmittelbar folgend sowohl mit Bezug auf die zuletzt bei der Firma F._____ AG ausgeübte Tätigkeit als auch hinsichtlich einer ideal angepassten Arbeit die Leistungsfähigkeit auf 80% (act. II 94.1 S. 46). Die daraus resultierende Leistungseinschränkung von 20% begründete er mit dem Erfordernis eines erhöhten Pausenbedarfs zufolge der fortgeschrittenen Varusgonarthrose, wobei er insbesondere erwähnte, dass beim Aufstehen aus sitzender Position bei wechselbelastenden Tätigkeiten Anlaufschwierigkeiten bestehen (act. II 94.1 S. 44 und 46). Den Grad der Leistungseinschränkung berechnete Dr. med. H._____ aufgrund der Erkenntnisse während der AMA-Abklärung in der Abklärungsstelle C._____, gemäss welchen der Beschwerdeführer zusätzliche Pausen von täglich insgesamt 30 bis 60 Minu-

ten beanspruchte (act. II 29 S. 4) und gestützt auf einen Zuschlag wegen des seitherigen fortgeschrittenen Verlaufs der Varusgonarthrose (act. II 94.1 S. 45). Bei dem vom orthopädischen Gutachter angenommenen Arbeitspensum von 8,5 Stunden beträgt der Pausenbedarf bei einer Leistungseinschränkung von 20% täglich 1.7 Stunden resp. 102 Minuten. In Anbetracht der Angaben des Beschwerdeführers sowie der Beobachtungen des Gutachters, wonach der Beschwerdeführer erst nach 25 Minuten – und bloss kurz – aufstehen musste (act. II 94.1 S. 42), dürfte sich die Annahme von Dr. med. H._____, dass pro Arbeitsstunde Pausen von durchschnittlich 12 Minuten eingelegt werden müssen (102 Minuten : 8.5 Stunden), – aus rein orthopädischer Sicht – sogar als sehr grosszügig erweisen. Ein erhöhter Pausenbedarf resultiert indessen auch aufgrund der wegen der morbiditen Adipositas entstandenen chronischen Belastung für Herz und Kreislauf (act. II 94.1 S. 59). Dabei ist festzustellen, dass die zusätzlichen Pausen von durchschnittlich 12 Minuten pro Arbeitsstunde sowohl mit Blick auf die LWS und die Kniegelenke als auch bezüglich des Herzkreislaufes entlastend wirken. Es ist somit nachvollziehbar, dass sich die in den einzelnen Disziplinen attestierten Leistungseinschränkungen – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 3 Ziff. 2) – nicht additiv auswirken. Die Gutachter legten folglich schlüssig und überzeugend dar, dass der Beschwerdeführer aus internistischer Sicht in einer maximal leichten, wechselbelastenden Arbeit, ohne lange Gehstrecken, ohne Steigen auf Leitern, ohne Überkopfarbeiten, ohne Tätigkeiten in überhitzten Räumen, in der Nässe oder Kälte und ohne Schichtarbeiten zu 80% arbeitsfähig ist (act. II 94.1 S. 21). Darauf ist vollumfänglich abzustellen, zumal dem aktuellen Körpergewicht denn auch Rechnung getragen wird und sich damit die Umsetzung schadenmindernder Massnahmen erübrigt. Anhaltspunkte, welche eine andere Betrachtungsweise rechtfertigen könnten, sind den Akten nicht zu entnehmen. Insbesondere vermag der Bericht von lic. phil. K._____ vom 2. Februar 2017 (act. I 4) den Beweiswert des Gutachtens der MEDAS G._____ (act. II 94.1) in keiner Art und Weise in Zweifel zu ziehen. Geht doch die Psychologin, welche keine Zeit hatte, alle Akten zu studieren, davon aus, dass dem massiven Übergewicht eine Depression zu Grunde liegt, ohne diese Einschätzung aus medizinischer Sicht eingehend und stichhaltig zu begründen. Zudem legte sie ihren Ausführungen un belegte Annahmen zu Grunde und äusserte sich nicht zur Arbeitsfähigkeit.

Vielmehr ist diesbezüglich auf die schlüssige Stellungnahme von Dr. med. J. _____ vom 5. Dezember 2016 abzustellen, wonach die Passivität bzw. Untätigkeit des Beschwerdeführers betreffend die aktive Gewichtsabnahme nicht eine Folge der psychischen Situation ist, insbesondere nicht der vorliegenden Persönlichkeitsakzentuierung (act. II 110 S. 3 Ziff. 2).

3.6.2 Aus dem Dargelegten folgt, dass gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der MEDAS G. _____ vom 14. Juli 2016 (act. II 94.1) in einer angepassten Tätigkeit von einer 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen ist.

4.

4.1 Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleich zu bestimmen (vgl. E. 2.3 hiervor).

4.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich

zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.4 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

Gestützt auf die Neuanmeldung zum Leistungsbezug vom 1. September 2015 (act. II 70) und Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) liegt der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns im März 2016. Das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war mit Blick auf die seit August 2008 bestehende Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... (vgl. act. II 3; 94.1 S. 22) in diesem Zeitpunkt bereits erfüllt. Somit ist der Einkommensvergleich auf das Jahr 2016 hin vorzunehmen.

4.5

4.5.1 Beim Valideneinkommen kann offen bleiben, ob es sich bei der Tätigkeit als ... auf dem ... aufgrund der durch die seit jeher morbide Adipositas bedingten Einschränkungen überhaupt je um eine zumutbare Anstellung gehandelt hat und ob der Beschwerdeführer diese bei guter Gesundheit noch ausüben würde resp. aus welchen Gründen damals die Kündigung erfolgte (vgl. ergänzend act. II 3 f.; 94.1 S. 48 und 52 f.; Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 14). Wie nachfolgend dargelegt wird, resultiert

selbst bei der Berücksichtigung des aufindexierten Einkommens als ... kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin verdiente der Beschwerdeführer monatlich Fr. 5'691.10 und damit im Jahr 2008 Fr. 73'984.30 (inkl. 13. Monatslohn; act. II 23 S. 2). Angepasst an die Nominallohnentwicklung per 2015 (Fr. 73'984.30 / 105.1 x 108.8 [Tabelle T1.1.05, Nominallohnindex, Männer, Abschnitt L, 2006-2010, Index Jahr 2008: 105.1 Punkte, Index Jahr 2010: 108.8 Punkte] / 100 x 102.3 [Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Abschnitt O, 2011-2016, Index Jahr 2010: 100 Punkte, Index Jahr 2015: 102.3 Punkte, abrufbar auf www.bfs.admin.ch]) beträgt das Valideneinkommen Fr. 78'350.40.

4.5.2 Da der Beschwerdeführer keiner zumutbaren Arbeitstätigkeit nachgeht, ist das Invalideneinkommen aufgrund der LSE festzusetzen (vgl. E. 4.3 hiervor). Ihm sind leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne lange Gehstrecken, ohne Steigen auf Leitern, ohne Überkopfarbeiten, ohne Tätigkeiten in überhitzten Räumen, in der Nässe oder Kälte und ohne Schichtarbeiten bei voller Stundenpräsenz zu 80% zumutbar (act. II 94.1 S. 21). Gemäss der LSE 2014, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Tabelle TA1, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Männer, beträgt das durchschnittliche Einkommen für Hilfsarbeiten über sämtliche Wirtschaftszweige Fr. 5'312.-- pro Monat (Totalwert). Dieses Einkommen ist an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, ab 2004-2015, Total, 2015) anzupassen und auf das Jahr 2015 zu indexieren (Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Total, 2011-2016, Index Jahr 2014: 103.2 Punkte, Index Jahr 2015: 103.5 Punkte). Zudem ist zu berücksichtigen, dass dem Beschwerdeführer eine Leistungsfähigkeit von 80% attestiert wurde. Daraus resultiert ein jährliches Einkommen von Fr. 53'317.-- (Fr. 5'312.-- x 12 : 40 x 41.7 : 103.2 x 103.5 - 20%).

4.5.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 78'350.40 und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'317.-- resultiert eine Einkommenseinbusse in der Höhe von Fr. 25'033.40, was einen Invaliditätsgrad von gerundet 32% (zur Rundung: BGE 130 V 121 S. 123 E. 3.2 und 3.3) ergibt. Somit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.2 hiervor).

Soweit die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer einen leidensbedingten Abzug von 20% zugesteht (vgl. Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 14), ist dies weder nachvollziehbar noch mit der geltenden Praxis in Einklang zu bringen. Das im Gutachten der MEDAS G. _____ vom 14. Juli 2016 festgehaltene Zumutbarkeitsprofil (act. II 94.1 S. 21) berücksichtigt die körperlichen Einschränkungen umfassend, weshalb diese nicht noch einmal im Rahmen eines Tabellenlohnabzuges zu beachten sind. Ebenso wenig berechtigen die persönlichen Umstände zu einem Abzug vom Tabellenlohn. Selbst wenn der Beschwerdeführer aufgrund seiner imposanten Erscheinung und der Arbeit in einer angepassten Tätigkeit eine Lohneinbusse hinzunehmen hätte, wäre diese in keinem Fall auf 20%, sondern höchstens auf 10% zu beziffern. Bei einem Tabellenlohnabzug von 10% resultierte ein Invalideneinkommen von Fr. 47'985.30 (Fr. 53'317.-- - 10%), mithin eine Erwerbseinbusse von Fr. 30'365.10 (Fr. 78'350.40 - Fr. 47'985.30) und damit ebenfalls ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 39%.

4.6 Mit den Fachärzten ist davon auszugehen, dass vom Beschwerdeführer zur dringend erforderlichen Gewichtsreduktion zwar nicht ein medizinischer Eingriff, jedoch die Aufbringung der Willenskräfte zur Änderung seiner Einstellung bzw. Motivation sowie der Ernährung und des Essverhaltens gefordert werden kann (act. II 94.1 S. 16; 97; 110 S. 3; vgl. ergänzend E. 2.6 hiervor). Der Beschwerdeführer wird mit dem vorliegenden Urteil zur Kenntnis nehmen müssen, dass er sein Rentenbegehren nicht „durchzudrücken“ (vgl. dazu 28 S. 1; 94.1 S. 9) vermochte, womit von ihm verlangt werden kann, die durch das Rentenbegehren bislang blockierte Motivation zu gewichtsreduzierenden Massnahmen aufzubringen, zumal sich dadurch seine Arbeitsfähigkeit verbessern wird.

4.7 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2017 (act. II 112) im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

5.1 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder der Beschwerdeführer (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- 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.