

200 18 132 IV
FUE/PRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. November 2018

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Januar 2018



Sachverhalt:

A.

Der 1989 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gelernter ... (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 4, S. 2), meldete sich im Januar 2011 bei der IVB zum Leistungsbezug an. Als gesundheitliche Beeinträchtigung gab er psychische Probleme an (AB 2). In der Folge holte die IVB diverse erwerbliche und medizinische Unterlagen ein und gewährte ein Arbeitstraining im Rahmen einer Wiedereingliederung im erlernten Beruf (AB 26) sowie einen Einarbeitungszuschuss während der Anlern- oder Einarbeitungszeit (AB 35). Am 14. März 2012 wurde die berufliche Eingliederung abgeschlossen, da der Versicherte seit dem 14. November 2011 eine Festanstellung mit einem 80%-Pensum als .. bei den ... der C._____ hatte und somit in seiner angestammten Tätigkeit optimal eingegliedert war (AB 39).

Im Oktober 2012 meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an, da ihm seine Arbeitsstelle wegen krankheitsbedingten Ausfällen (Lungenprobleme und depressive Episoden) gekündigt worden sei (AB 41). Daraufhin gewährte die IVB ein Aufbautraining bei der Stiftung D._____ vom 13. Mai bis am 27. Oktober 2013 (AB 77, 84, 87), welches aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig per 23. September 2013 abgebrochen wurde (AB 90 f.). Weiter gab sie ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag, das am 29. Januar 2014 erstattet wurde (AB 92.1). Am 5. Juni 2014 verfügte die IVB den Abschluss der beruflichen Eingliederung (AB 102). Nach Einholung eines Untersuchungsberichts von Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 2. Juli 2014 (AB 106) forderte die IVB den Versicherten mit Schreiben vom 4. Juli 2014 auf, mittels Urinproben mindestens über einen Zeitraum von sechs Monaten eine Abstinenz von Cannabis nachzuweisen (AB 108). Nachdem der RAD am 27. Mai 2015 von einer Cannabisabstinenz ausging (vgl. AB 152), gewährte die IVB Berufsberatung (AB 160) und ein Aufbautraining bei der Stiftung G._____ vom 26. Oktober 2015 bis am 30. April 2016 (AB 164, 179), welches aufgrund

der gesundheitlichen Situation und zahlreichen Absenzen vorzeitig abgebrochen wurde (AB 187; 191, S. 2 ff). Weiter veranlasste die IVB – nach Abschluss der beruflichen Eingliederung am 10. Februar 2017 (AB 216) – eine Begutachtung durch Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Expertise vom 26. Juni 2017; AB 220.1). Mit Vorbescheid vom 5. Juli 2017 stellte die IVB mangels Invalidität die Verneinung des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung in Aussicht (AB 221). Auf den hiergegen erhobenen Einwand (AB 232, 236, 241, 244) hin holte die IVB die Stellungnahme von Dr. med. H. _____ ein, die vom 4. Dezember 2017 datiert (AB 246), und verfügte am 12. Januar 2018 wie in Aussicht gestellt (AB 247).

B.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. _____, am 14. Februar 2018 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 12. Januar 2018 und Rückweisung der Sache an die IVB zur Anordnung eines polydisziplinären Gutachtens. Eventualiter sei dem Beschwerdeführer ab Februar 2011 eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Zudem sei dem Beschwerdeführer spätestens ab März 2014 eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zuzusprechen und es seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren. Zur Begründung liess er im Wesentlichen vorbringen, es sei auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ abzustellen, welches von einer 100%-igen Erwerbsunfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt seit dem Ende der Lehre ausgehe. Das Suchtgeschehen sei klar sekundär gewesen und aktuell sei der Beschwerdeführer abstinent, was zu keiner Verbesserung der Selbststrukturierungsfähigkeit, des Antriebs und der Depressivität geführt habe. Soweit sich das Gutachten von Dr. med. H. _____ rückwirkend zur Arbeitsfähigkeit äussere, handle es sich um eine unzulässige second opinion zum Gutachten von Dr. med. E. _____. Auch anderweitig könne nicht auf das Gutachten von Dr. med. H. _____ abgestellt werden. Der Beschwerdeführer leide überdies an einem Kolonpolyposis-Syndrom, was für ängstliche Personen sehr belastend sei. Auch hätte ein Pneumologe zur Begutachtung beigezogen werden müssen.

In der Beschwerdeantwort vom 7. März 2018 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Am 9. April 2018 reichte der Beschwerdeführer eine Replik samt weiteren Unterlagen zu den Akten und bestätigte seine Anträge.

Mit Eingabe vom 8. Mai 2018 verwies die IVB vollumfänglich auf die Ausführungen in der Beschwerdeantwort und verzichtete auf eine umfassende Stellungnahme im Rahmen einer Duplik.

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 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 12. Januar 2018 (AB 247). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen 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).

2.2.1 Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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).

2.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturieren normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3 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 Dreiviertelrente, 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.

2.4 Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Zu unterscheiden ist zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2

IVG). Massgebend für die Höhe der Hilflosenentschädigung ist das Ausmass der persönlichen Hilflosigkeit (Art. 42^{ter} Abs. 1 Satz 1 IVG). Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist. Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit mindestens ein Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben sein. Ist eine Person lediglich dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, so liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor (Art. 42 Abs. 3 IVG).

2.5 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 Zum Gesundheitszustand sowie zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Vom 20. November 2008 bis am 12. Januar 2009 war der Beschwerdeführer in der Klinik I. _____ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 12. Januar 2009 wurde eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22), diagnostiziert (AB 64, S. 2). Während des Klinikaufenthaltes konnte eine vollständige Remission der depressiven Symptomatik erreicht werden. Die Schlafstörungen, der Selbstwert und die Akzeptanz konnten deutlich gebessert werden. Vom 20. November 2008 bis am 25. Januar 2009 wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 64, S. 5).

3.1.2 Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 26. März 2011 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradig (ICD-10: F33.1), seit der Schulzeit bzw. mindestens dem 13.-14. Lebensjahr, eine Cannabisabhängigkeit, zur Zeit stark reduziert (ICD-10: F12.20), einen exzessiven Gebrauch vom .../... (ICD-10: F63.8) und einen Status nach Mobbing- und Gewalterfahrung in der Schule (ICD-10: Z61.3). Vom 13. September bis am 17. Dezember 2010 sei der Beschwerdeführer in den psychiatrischen Diensten K. _____ hospitalisiert gewesen (AB 18, S. 2; vgl. dazu Bericht vom 18. Februar 2011, AB 18, S. 7 ff.). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar. Mit einer Wiederaufnahme der Arbeit als ... könne in den nächsten Wochen gerechnet werden (AB 18, S. 4).

3.1.3 Am 9. März 2012 unterzog sich der Beschwerdeführer bei einem Spontanpneumothorax links und einem Status nach Spontanpneumothorax rechts mit thorakoskopischer Apexresektion und Pleuraabrasio im Januar 2011 einer Operation (Thorakoskopie links) in der Klinik L. _____ (AB 66, S. 10 f.). Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit (wohl) vom 5. März bis und mit dem 13. April 2012 attestiert (AB 66, S. 5 f.).

Am 26. April 2012 erfolgte ein weiterer operativer Eingriff (Rethorakoskopie rechts mit Bullektomie/Apexresektion und parietaler Pleurektomie; AB 66, S. 4). Im Sprechstundenbericht vom 22. Mai 2012 führten die Ärzte der Klinik L. _____ aus, es bestehe ein erfreulicher und problemloser Verlauf nach thorakoskopischer Apexresektion und Pleuraabrasio rechts bei Rezidivspontanpneumothorax. Der Beschwerdeführer sei aktuell beschwerdefrei, weshalb die Behandlung voraussichtlich abgeschlossen sei (AB 66, S. 1).

3.1.4 Im undatierten, am 27. November 2012 bei der IVB eingegangenen Bericht diagnostizierte Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Angststörung und Depression seit Jahren und einen Status nach rezidivierenden Spontanpneumothoraxen rechts und links am 14. Januar 2011, 9. März 2011 und 14. März 2012. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er ein Kolonpolyposis-Syndrom, bestehend seit 11. November 2011 (AB 50,

S. 2). Aufgrund der rezidivierenden Spontanpneumothoraxen sei fraglich, ob die Arbeit als ... mit den vielen Dämpfen geeignet sei. Rauch und ...dämpfe könnten für ein erneutes Rezidiv eine gewisse Begünstigung sein. Inwieweit die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei, hänge vor allem vom psychischen Befinden ab (AB 50, S. 4).

3.1.5 Der Beschwerdeführer war vom 27. August bis zum 3. November 2012 stationär und vom 5. bis am 23. November 2012 teilstationär im Spital N._____, hospitalisiert. Im Bericht vom 3. Dezember 2012 diagnostizierte Dr. med. O._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, eine komplexe psychosoziale Dekompensation und einen Status nach rezidivierenden Pneumothoraxen (AB 57, S. 7). Faktisch sei der Beschwerdeführer seit längerer Zeit teilarbeitsunfähig. Die körperlich anspruchsvolle Arbeit als ... im zum Teil rauen Arbeitsklima überfordere ihn (AB 57, S. 8).

3.1.6 Dr. med. P._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 17. Dezember 2012 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradig (ICD-10: F33.1; seit Schulzeit, ca. 13/14-jährig), eine somatoforme Störung mit organischem Kern (Status nach rezidivierenden Pneumothoraxen, erstmals im Dezember 2010, letztmals im Mai 2012) und eine Angststörung (AB 57, S. 2). Die angestammte Tätigkeit sei im bisherigen Rahmen nicht mehr zumutbar. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von ca. 30% aufgrund des depressiven Restzustands, welcher möglicherweise bei unterstützenden Strukturen (Massnahmen) reduziert werden könne. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne – nur durch berufliche Massnahmen – im Umfang von etwa 80% gerechnet werden (AB 57, S. 4). Rein „stehende“ Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar. Das Konzentrations- und Auffassungsvermögen sowie die Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit seien eingeschränkt (AB 57, S. 6).

3.1.7 Dr. med. E._____ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 29. Januar 2014 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, zum Untersuchungszeitpunkt mittelgradig ausgeprägt mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), und eine chronische soziale Phobie vor dem Hintergrund einer selbstunsicheren, ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1, Differential-

diagnose ICD-10: F61.0; AB 92.1, S. 12). Zum Untersuchungszeitpunkt liege keine verwertbare Arbeitsfähigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft vor (medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 80% für jede Tätigkeit), dies aufgrund der mittelschwer ausgeprägten depressiven Störung, vor dem Hintergrund ängstlich vermeidender Persönlichkeitszüge und einer chronifizierten sozialen Phobie (AB 92.1, S. 16, 18). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei seit September 2010 ausgewiesen (AB 92.1, S. 19).

3.1.8 Vom 18. November 2013 bis am 7. Februar 2014 war der Beschwerdeführer in der psychiatrischen Klinik Q._____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 21. Februar 2014 diagnostizierten die Ärzte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom (bis vor Eintritt regelmässiger Konsum, zeitweise bis zu >10 Joints pro Tag; ICD-10: F12.2) und einen Pneumothorax, nicht näher bezeichnet (ICD-10: J93.9; AB 99, S. 3).

3.1.9 Im Untersuchungsbericht vom 2. Juli 2014 diagnostizierte die RAD-Ärztin Dr. med. F._____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine kombinierte unreife und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0), eine Abhängigkeit von Cannabis, gegenwärtig Substanzkonsum (ICD-10: F12.24), und einen Status nach drei Pneumothoraxen 2010 - 2012, zum Teil mit mehrfachen Operationen bei Komplikationen (AB 106, S. 8). Aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur sei der Beschwerdeführer wenig für die Tätigkeit als ... geeignet, die mit einem sehr hohen Stresslevel und rauen Umgangsformen einhergehe. Die Weiterführung beruflicher Massnahmen sei zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund der weiterhin bestehenden Suchtproblematik nicht sinnvoll. Erst nach längerfristig nachgewiesener Abstinenz sei die Erstellung eines Zumutbarkeitsprofils möglich (AB 106, S. 9).

3.1.10 Dr. med. P._____ führte im Verlaufsbericht vom 24. Juni 2015 aus, der Gesundheitszustand habe sich verbessert. Seit der letzten Diagnosestellung habe sich eine Änderung ergeben; die Cannabisabhängigkeit sei aktuell nicht mehr gegeben (via Urinproben bestätigt). Er diagnosti-

zierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit immer wiederkehrende rezidivierende depressive Zustandsbilder, aktuell remittiert, eine Angststörung mit teilweise psychophysiologischer Begleitsymptomatik (Schwindel, Erbrechen), welche verstärkt sei durch die anamnestische Cannabisabhängigkeit (diese sei nicht mehr gegeben, verifiziert durch die negativen Urinproben) und exzessivem Gebrauch von .../... sowie eine somatoforme Störung mit organischem Kern (Status nach Pneumothoraxen, erstmals im Dezember 2010, letztmals im Mai 2012, Status nach Pleurektomie links mit lebensbedrohlichen Komplikationen [Nachblutung] im Dezember 2011; AB 156, S. 2). Aktuell sei eine Arbeitsfähigkeit zwischen 50% und aufbauend auf 80%, eventuell 100% vorhanden. Es bestünden eine eingeschränkte psychische Belastbarkeit, eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit und eingeschränkte soziale Fertigkeiten, so dass nicht zu viel Hektik, ein überschaubares Team sowie klare Abläufe und Strukturen wichtig seien an einem künftigen Arbeitsplatz. Die Tätigkeit als ... sei nicht mehr zumutbar. Körperlich seien kaum Einschränkungen vorhanden (AB 156, S. 3 f.).

3.1.11 Im Bericht der Klinik R. _____ vom 23. März 2016 wurde anlässlich der Schlafsprechstunde eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (AB 207, S. 2). Die Ursache der Schlafproblematik bleibe momentan offen. An vorderster Stelle der Differentialdiagnose stünden ein verzögertes Schlafphasensyndrom und eine ungenügende Schlafhygiene, wobei eine psychiatrische Komponente angesichts der chronisch depressiven Störung bzw. Angststörung nicht sicher ausgeschlossen werden könne. Anhaltspunkte für ein Schlafapnoe-, Restless Legs sowie ein narkoleptisches-kataplektisches Syndrom hätten sich nicht ergeben (AB 207, S. 3).

3.1.12 Im Verlaufsbericht vom 10. Mai 2016 führte Dr. med. P. _____ aus, der Gesundheitszustand sei stationär. Seit der letzten Diagnosestellung hätten sich keine Änderungen ergeben (AB 194, S. 2).

3.1.13 Dr. med. H. _____ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 26. Juni 2017 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Teilremission (ICD-10: F12.201), langjähriges exzessives ..., aktuell angeblich auf zwei Stunden abends reduziert (ICD-10: F63.8) und aktenanamnestisch rezidivierende ängstlich depressive Zustandsbilder im Sinne einer anhaltenden Dysthymie

(ICD-10: F34.1), Differentialdiagnose: rezidivierende depressive Episode leicht bis mittelgradig (ICD-10: F33.0 - 1; AB 220.1, S. 26 und 35). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F17.2; AB 220.1, S. 35). Der letzte Arbeitstag in der bisherigen Tätigkeit sei der 2. August 2012 gewesen. Aufgrund der vorliegenden Akten könne die von da weg anhaltende Arbeitsunfähigkeit schwer nachvollzogen werden. Bei einer vollen Präsenzzeit liessen sich nicht klare Leistungseinschränkungen feststellen. Als Grund für eine verminderte Präsenzzeit könne die lange Arbeitsabstinenz gelten. Während den Spitalaufenthalten sei der Beschwerdeführer aus formalen Gründen 100% arbeitsunfähig gewesen. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (AB 220.1, S. 36).

3.1.14 Beim Beschwerdeführer wurde im Rahmen einer Familienabklärung im November 2011 eine ausgeprägte Kolonpolyposis festgestellt. Damals sowie im Januar 2012, April 2016 und Juni 2017 seien diverse Polypen entfernt worden (AB 244). Anlässlich einer Nachkontrolle am 24. November 2017 stellte Dr. med. S. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, ein bekanntes hyperplastisches/serrated Adenoma-Kolonpolyposis-Syndrom mit erneuter Entfernung eines grösseren sowie elf kleineren Kolonpolypen und einem Status nach Entfernung von massenhaft Polypen, letztmals 2016, fest (Beschwerdebeilage [BB] 7).

3.1.15 In der Stellungnahme vom 4. Dezember 2017 zu den Einwänden des Beschwerdeführers bzw. zu den diskutierten Diagnosen führte Dr. med. H. _____ ergänzend aus, dass der Beschwerdeführer anlässlich der beiden Untersuchungen angegeben habe, deutlich vor dem traumatischen Ereignis im Alter von 13 Jahren mit dem Cannabiskonsum angefangen zu haben. Der Stoff sei anfänglich berauschend gewesen, das Verbotene habe das Kiffen interessant gemacht (vgl. dazu auch AB 220, S. 18). Von einer sekundären Sucht könne aufgrund seiner Angaben nicht ausgegangen werden. Es gelte als erwiesen, dass Cannabis auf die Stimmung und das Selbstwertgefühl drücke. Unter anhaltendem chronischem Cannabiskonsum sei der Begriff „Amotivationssyndrom“ geprägt worden, welches mit einer depressiven Episode verwechselt werden könne. Während den

Spitalaufenthalt, bei denen er den Cannabiskonsum und die Spielsucht habe reduzieren müssen oder zumindest tageweise eine vollständige Abstinenz erreicht habe, habe der Beschwerdeführer weniger depressiv gefärbte Symptome gezeigt. Dies spreche für den Einfluss von Cannabis auf diese Symptomatik (AB 246, S. 7). Es hätten sich weder in der Lebensbiographie noch im Screeningfragebogen klare Zeichen für eine Persönlichkeitsstörung gezeigt und die Reaktionen des Versicherten seien situationsbezogen, was gegen eine Persönlichkeitsstörung mit verankerten Verhaltensmustern spreche (AB 246, S. 8). Zum depressiven Geschehen legte die Expertin dar, zum Zeitpunkt ihrer Untersuchung seien die Kriterien einer depressiven Episode nicht erfüllt gewesen (u.a. ungestörter Antrieb, er habe Interessen und könne sich auch freuen). Soweit Dr. med. E. _____ eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert habe, lasse sich die Herleitung der Diagnose nicht erkennen und während den gleichzeitig durchgeführten beruflichen Massnahmen in der Stiftung D. _____ hätten sich keine arbeitsrelevanten depressiven Symptome gezeigt (die kognitiven Fähigkeiten seien unauffällig gewesen, er sei nicht verlangsamt gewesen und habe seine Kenntnisse gut umsetzen können). Aufgrund der subjektiv beschriebenen Minderwertigkeitsgefühle und dem chronischen Verlauf sei am ehesten von einer Dysthymie auszugehen (AB 246, S. 9 und 11). Zusammenfassend könne das Vorliegen einer Dysthymie bei angeblich chronischem Verlauf nicht ausgeschlossen werden. Die Ausprägung der depressiven Episode sei nie mehr als mittelgradig gewesen. Die fehlende Verbindlichkeit des Beschwerdeführers lasse sich durch das Störungsbild einer Dysthymie bzw. einer depressiven Episode nicht erklären (AB 246, S. 12).

3.1.16 Am 13. Dezember 2017 begab sich der Beschwerdeführer aufgrund einer schmerzhaften abdominalen Schwellung in das Notfallzentrum des Spitals U. _____. Die Ärzte diagnostizierten eine Bauchwandschwäche Unterbauch links und ein hyperplastisches/serrated Adenoma-Kolonpolyposis-Syndrom (BB 8, S. 1). Es wurde die physiotherapeutische Beübung zur Stärkung der Muskulatur der Bauchwand empfohlen (BB 8, 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Aus somatischer Sicht ist aufgrund der Akten kein relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen. Den letzten Pneumothorax erlitt der Beschwerdeführer im Jahr 2012. Anlässlich der thoraxchirurgischen Sprechstunde führten die Ärzte der Klinik L. _____ im Mai 2012 aus, der Beschwerdeführer sei beschwerdefrei, weshalb die Behandlung abgeschlossen wurde (AB 66, S. 1). Anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. H. _____ im Mai und Juni 2017 gab der Beschwerdeführer denn auch selber an, er sei von den Lungen her beschwerdefrei (AB 220.1, S. 20). Ferner lassen sich den Akten keine Anhaltspunkte entnehmen, wonach der Beschwerdeführer durch das seit 2011 bekannte Kolonpolyposis-Syndrom in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt wäre. Zwar wurden anlässlich der letzten gastroenterologischen Nachkontrolle im November 2017 erneut ein grösserer und elf kleinere Kolonpolypen entfernt, jedoch führte Dr. med. S. _____ aus, er hoffe mit den Polypektomien den Zenit

überschritten zu haben und erhöhte das Intervall der Nachkontrolle vorerst auf zwei Jahre (BB 7). Der Umstand, dass ein erhöhtes Risiko eines Kolorektalkarzinoms besteht, hat keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch aus der im Dezember 2017 diagnostizierten Bauchwandschwäche des linken Unterbauchs leiten die behandelnden Ärzte keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ab (BB 8). Schliesslich wurde auch anlässlich der Schlafsprechstunde im März 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit durch die Klinik R._____ attestiert (AB 207, S. 2).

3.4

3.4.1 In psychiatrischer Hinsicht stellte die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten von Dr. med. H._____ vom 26. Juni 2017 (AB 220.1) samt Ergänzung vom 4. Dezember 2017 (AB 246) ab. Die gutachterliche Beurteilung durch Dr. med. H._____ erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet, so dass darauf abgestellt werden kann.

Dr. med. H._____ führte überzeugend und schlüssig aus, weshalb sie im Untersuchungszeitpunkt und auch retrospektiv eine depressive Störung ausschloss. Ihre diesbezüglichen Darlegungen sind lege artis anhand der klassifikatorischen Vorgaben erfolgt, die sie im Einzelnen wiedergab und anschliessend eingehend diskutierte. Anhand des von ihr erhobenen Psychostatus ist einleuchtend, dass sie den Antrieb als ungestört einstufte und auch einen Interessen- und Freudverlust verneinte (AB 246 S. 9), womit nicht mindestens zwei der typischen Symptome für eine depressive Episode erfüllt sind (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/SCHULTE-MARKWORT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6. Aufl. 2016, S. 116 ff.). Im Einklang damit steht ihre Darlegung, wonach die fehlende Verbindlichkeit des Beschwerdeführers bei depressiven Episoden nicht

typisch sei, würden doch die meisten der depressiven Patienten hohen Wert darauf legen, Vorgaben einzuhalten. Retrospektiv zeigte die psychiatrische Expertin überzeugend auf, dass sich bei den Tätigkeiten bei der Stiftung D._____ und im ... der C._____ keine depressiven Symptome gezeigt haben (AB 246, S. 9). Ferner erklärte bzw. entkräftete sie die Vordiagnosen einer depressiven Episode bzw. einer rezidivierenden depressiven Störung schlüssig mit den Hinweisen, dass das „Amotivations-syndrom“ im Rahmen des regelmässigen Cannabiskonsums mit einer depressiven Episode verwechselt werden könne (AB 246, S. 7) und dass die Diagnose einer depressiven Episode bei Gebrauch von psychotropen Substanzen (Cannabis) nicht gestellt werden dürfe. Mit Dr. med. H._____ (AB 246 S. 6 und 12) ist das Vorgehen von Dr. med. E._____, im Zeitraum vor der von der Verwaltung geforderten, kontrollierten Abstinenz von Cannabis und angesichts des bekannten Suchtverhaltens – ohne Durchführung eines Drogenscreenings – eine depressive Episode zu diagnostizieren, als nicht leitlinienkonform zu qualifizieren. Denn mit dem von Dr. med. E._____ gewählten Vorgehen wird der Ausschlussvorbehalt missachtet, wonach die depressive Episode nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen zurückgeführt werden darf (DILLING et al., a.a.O., S. 116 sowie auch BECK/HOLSBOER-TRACHSLER, Differentialdiagnose der Depression, in: Therapeutische Umschau 2010, S. 559 [Stufenplan der Diagnostik Ziff. 3]).

Überzeugend ist auch die Begründung der Dr. med. H._____, dass sich weder in der Lebensbiographie noch im Screeningfragebogen klare Zeichen für eine Persönlichkeitsstörung gezeigt hätten und dass insbesondere das situationsbezogene Verhalten gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mit verankerten Verhaltensmustern spreche (AB 246 S. 8; vgl. DILLING et al., a.a.O., S. 163 f.). Zutreffend ist auch die Feststellung von Dr. med. H._____, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bisher von keinem der behandelnden Ärzte gestellt worden ist (AB 246 S. 8). Eine solche Diagnose wurde im Übrigen auch nicht im Rahmen der stationären Aufenthalte in der Klinik I._____, in den psychiatrischen Diensten K._____ und in der psychiatrischen Klinik Q._____ gestellt (AB 18, S. 7; 64, S. 2; 99, S. 3). Einzig Dr. med. F._____ ging im Bericht vom 2. Juli 2014 von einer unreifen und ängstlich vermeidenden Persönlich-

keitsstörung aus (AB 106 S. 8), wobei die RAD-Ärztin – worauf Dr. med. H._____ zutreffend hinwies – die Diagnose nicht nachvollziehbar anhand der klassifikatorischen Vorgaben herleitete, womit sie für den Rechtsanwender nicht nachvollziehbar ist.

Was das Suchtverhalten anbelangt, hat Dr. med. H._____ unter Erörterung der Suchtanamnese ebenfalls schlüssig und einleuchtend dargelegt, dass es sich dabei nicht um ein sekundäres Leiden handelt (AB 220.1, S. 18; 246, S. 7), dem Krankheitswert zukäme (BGE 124 V 265 E. 3c S. 268; SVR 2016 IV Nr. 3 S. 7 E. 2.2.1).

3.4.2 Die Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. H._____ nicht in Zweifel zu ziehen.

Zunächst ist festzuhalten, dass das Gutachten – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – keine unzulässige second opinion darstellt (Beschwerde, S. 5). So wies das Gutachten von Dr. med. E._____ – wie bereits dargelegt – den gravierenden Mangel auf, dass im Rahmen der Untersuchung kein Drogenscreening durchgeführt wurde und somit gänzlich unklar war, ob und in welchem Ausmass die Symptomatik (Antriebslosigkeit, fehlende Motivation, etc.) durch den Cannabisabusus hervorgerufen bzw. verstärkt wurde. Folglich ist das Gutachten vom 29. Januar 2014 nicht beweiskräftig und es liegt auch kein unauflösbarer Widerspruch zur retrospektiven Einschätzung von Dr. med. H._____ vor, welche die Aktenlage sorgfältig und überzeugend gewürdigt hat (vgl. E. 3.4.1 hiervor).

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, Dr. med. H._____ hätte in Bezug auf die Diagnose der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung Fremdanamnesen einholen müssen (Beschwerde, S. 5), ist festzustellen, dass die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese gemäss Rechtsprechung in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens ist. Auch aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich in dieser Hinsicht nichts anderes (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 27. März 2018, 8C_794/2017, E. 4.2.1). Vorliegend ist mit Blick darauf, dass der Expertin zahlreiche Arztberichte, ein psychiatrisches Gutachten, ein RAD-Untersuchungsbericht sowie Berichte

von Aufbautrainings vorlagen, nicht zu beanstanden, dass sie – abgesehen von einem Telefonat mit dem langjährigen Hausarzt Dr. med. M. _____ (AB 220.1, S. 14 f.) – keine fremdanamnestischen Auskünfte einholte.

Das Vorbringen, das Gutachten von Dr. med. H. _____ stehe nicht im Einklang mit der evidenzbasierten Medizin (Eingabe vom 9. April 2018, S. 2), geht ebenfalls fehl. Dem ins Recht gelegten, anonymisierten Gutachten des Instituts T. _____, vom 8. März 2018 (BB 9) kann lediglich entnommen werden, dass das sogenannte amotivationale Syndrom offenbar auch andere Ursachen als der langjährige, intensive Cannabiskonsum haben kann. Unbesehen der Tatsache, dass diese Aussage nicht mit Hinweisen auf die entsprechende Fachliteratur untermauert ist, wird auch nicht postuliert, das amotivationale Syndrom könne nicht Folge eines intensiven Cannabiskonsums sein. Überdies gab der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. H. _____ selbst an, er habe festgestellt, dass der Cannabiskonsum zu einer Zunahme der Motivationslosigkeit führe (AB 220.1, S. 18 Ziff. 2.4).

Schliesslich wird vorgebracht, die Gutachterin unterschlage, dass der Beschwerdeführer auch in abstinenterem Zustand nicht in der Lage sei, den Tag sinnvoll zu strukturieren (Eingabe vom 9. April 2018, S. 2). Dies trifft nicht zu. Vielmehr hat Dr. med. H. _____ dazu ausgeführt, diese Unfähigkeit sei nicht durch eine krankheitswertige Störung begründet, sondern durch geringe Selbstkompetenzen (AB 220.1, S. 36 Ziff. 5). Namentlich entspreche die fehlende Tagesstruktur nicht einer Antriebsstörung, denn sobald eine Struktur von aussen vorhanden gewesen sei, habe der Beschwerdeführer in der Vergangenheit keine Störung des Antriebs gezeigt. Die Morgenmüdigkeit und die langen Bettzeiten hingen vielmehr mit der schlechten Schlafhygiene (u.a. spätabendliches ...) zusammen und der verminderten Fähigkeit, einen Tag zu strukturieren (AB 220.1, S. 32 f.).

3.4.3 Somit ist gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. _____ vom 26. Juni 2017 samt Ergänzung vom 4. Dezember 2017 erstellt, dass der Beschwerdeführer unter teilremittierten psychischen und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (ICD-10: F12.201), langjährigem exzessiven ..., aktuell angeblich auf zwei Stunden abends reduziert (ICD-10: F63.8), und aktenanamnestisch rezidivierenden ängstlich depressiven

Zustandsbildern im Sinne einer anhaltenden Dysthymie (ICD-10: F34), differentialdiagnostisch einer rezidivierenden depressiven Episode leicht bis mittelgradig (ICD-10: F33.0 - 1), leidet (AB 220.1, S. 35). Gestützt auf die Einschätzung von Dr. med. H. _____ ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im hier massgebenden Zeitraum – abgesehen von den jeweils weniger als drei Monate dauernden Arbeitsunfähigkeiten zufolge von Spitalaufenthalten bzw. stationären Aufenthalten – sowohl in der angestammten Tätigkeit als ... als auch in einer Verweistätigkeit vollschichtig arbeitsfähig war (AB 220.1, S. 36).

3.5 Gelangt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallellprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. E. 2.2.2 hiervor) soll nicht stattfinden (Entscheid des BGer vom 11. Januar 2018, 9C_307/2017, E. 5.1.2; vgl. auch BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417, 143 V 418 E. 7.1 S. 428).

Da das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. _____ vom 26. Juni 2017 (AB 220.1) samt Ergänzung vom 4. Dezember 2017 (AB 246) beweiskräftig ist und – abgesehen von den begründbaren, jeweils bloss vorübergehenden Arbeitsunfähigkeiten – die volle Arbeitsfähigkeit aktuell und auch retrospektiv in nachvollziehbarer und einleuchtender Weise begründet wurde sowie gegenteiligen Einschätzungen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. E. 3.4 hiervor), ist die Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.2.2 hiervor) entbehrlich.

3.6 Zusammenfassend besteht in somatischer und in psychiatrischer Hinsicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden und damit auch kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Da von weiteren medizinischen Abklärungen keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind, kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Die angefochtene Verfügung vom 12. Januar 2018 (AB 247) ist damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene 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 (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

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

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):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. 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.