

200 18 37 IV
GRD/BRM/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. April 2018

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Dezember 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1972 geborene A._____ meldete sich am 9. Dezember 2015 unter Hinweis auf seit einem im Juli 2015 erlittenen Berufsunfall (Treppensturz) persistierende Rückenbeschwerden bei der IV-Stelle Bern (IVB) für berufliche Integration/Rente an (Akten der IVB [act. II] 1). Die IVB holte Akten des Unfallversicherers (C._____) und des Krankentaggeldversicherers (D._____) sowie erwerbliche (act. II 27, 34) und medizinische (act. II 30, 43, 50, 56) Unterlagen ein und führte am 14. Januar 2016 ein Erstgespräch mit dem Versicherten durch (act. II 11). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD), med. pract. E._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, empfahl im Bericht vom 22. Februar 2017, den Versicherten bidisziplinär unter Beteiligung der Fachgebiete Rheumatologie und Psychiatrie begutachten zu lassen (act. II 58). Das in der Folge angeordnete Gutachten (act. II 59) bei den Dres. med. F._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sowie G._____, FMH Rheumatologie, samt interdisziplinärer Beurteilung wurde am 9. Oktober 2017 erstattet (act. II 76.2, 77.1, 77.2).

B.

Gestützt auf diese Abklärungen stellte die IVB dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23. Oktober 2017 die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels Vorliegens eines Gesundheitsschadens mit Krankheitswert in Aussicht (act. II 78).

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 20. November 2017 Einwand erheben und die Aufhebung des Vorbescheids sowie die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen beantragen; eventualiter sei der Vorbescheid aufzuheben und dem Versicherten berufliche Massnahmen (samt Taggeld) zu gewähren. Gerügt wird, dass das Gutachten der Dres. F._____ und G._____ nicht den geltenden Anforderungen an eine Expertise entspreche und sich dieses auch nicht an einem strukturierten Beweisverfahren, wie es nach der neuesten bundes-

gerichtlichen Rechtsprechung für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden gelte, orientiere. Es bedürfe eines neuen interdisziplinären Gutachtens (inkl. Neurologie und Orthopädie), veranlasst gemäss dem Zuweisungssystem „SuisseMED@P“.

Am 4. Dezember 2017 verfügte die IVB entsprechend dem Vorbescheid; zu den erhobenen Einwänden nahm sie in der Verfügung Stellung (act. II 85).

C.

Mit Eingabe vom 15. Januar 2018 lässt der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde erheben mit den Rechtsbegehren, die Verfügung vom 4. Dezember 2017 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten, insbesondere berufliche Massnahmen und/oder ein Rente; eventualiter sei das Dossier zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Das vom Gutachter des Taggeldversicherers definierte Zumutbarkeitsprofil erlaube nach Auffassung des Beschwerdeführers keine Tätigkeit im angestammten Bereich zu 100%. Im Gesamtkontext – somatisch und psychisch – erscheine es gut nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer seit Mitte 2015 in seiner angestammten Tätigkeit anfangs vollständig und später zumindest teilweise beeinträchtigt gewesen und immer noch sei; die Beeinträchtigung sei IV-relevant und führe zumindest zu einem Anspruch auf berufliche Massnahmen, mutmasslich auch zu einem Anspruch auf eine Rente. Auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. G.____ und F.____ könne nicht abgestellt werden, da es nicht unter der Prämisse der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts zu psychosomatischen sowie vergleichbaren Störungen verfasst worden sei und es stelle mangels Unterzeichnung der Teilgutachten jeweils auch durch den anderen Gutachter kein bidisziplinäres Gutachten dar; interdisziplinär sei lediglich das Papier von knapp zwei Seiten, in welchem die Gutachter den Exploranden als gesund bezeichneten. Das psychiatrische Gutachten sei auch sonst fehlerhaft, indem es die vom beratenden Arzt der D._____ bestätigte Arbeitsunfähigkeit von 15 Monaten nicht erwähne und in Widerspruch zu den Berichten der behandelnden Ärzte stehe. Entgegen der wenige Monate

zurückliegenden Einschätzung des beratenden Arztes der D._____ sei schliesslich Dr. med. G._____ zum Schluss gelangt, der Versicherte sei in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen. Es sei deshalb ein neues web-basiertes interdisziplinäres Gutachten inkl. Neurologie und Orthopädie zu veranlassen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 12. März 2018 beantragt die IVB, insbesondere auch unter Hinweis auf die Stellungnahme des RAD, med. pract. E._____ vom 1. März 2018, die Abweisung der Beschwerde.

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 vom 4. Dezember 2017 (act. II 85), streitig und zu prüfen 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). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. 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.

2.3 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).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 In seinem Bericht vom 20. März 2016 hielt Dr. rer. physiol. H._____, Facharzt für Innere Medizin, als Diagnosen mit Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit eine WS-Prellung (nach Unfall am 1. Juli 2015), eine Diskushernie L5/S1 sowie ein HWS-Syndrom bei Chondrose C6/7 fest; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen Nierensteine. Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 2. November 2015 bis auf weiteres bescheinigt (act. II 30). Im Verlaufsbericht vom 27. November 2016 attestierte Dr. H._____ einen stationären Gesundheitszustand (act. II 50).

3.1.2 Im vom Zentrum I._____ der IVB zugestellten Bericht vom 7. Oktober 2016 zuhanden des behandelnden Arztes wurde eine chronische linksbetonte Lumboischialgie (m/b St. n. Treppensturz am 1. Juli 2015, medianer Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zu beiden Wurzeln S1 linksbetont sowie St. n. positiver epiduraler dorsaler Infiltration rechts und links 12/2015 und 06/2016) sowie ein chronisch intermittierendes cervicospodylogenes und cervicoradiculäres Schmerzsyndrom (m/b Osteochondrose C5/6 und C6/7) diagnostiziert. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich der Bericht nicht (act. II 54).

3.1.3 Der beratende Arzt der D._____, Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, gab nach einer vertrauensärztlichen Untersuchung in seinem Bericht vom 1. März 2017 als Befund chronisch wiederkehrende Nacken- und lumbale Rückenschmerzen mit inzwischen muskulärer Dekonditionierung und Verdacht auf Schmerzausweitung bzw. Schmerzverarbeitungsstörung an. Die tieflumbale Diskushernie habe sich gemäss radiologischem Verlaufsbericht verbessert. Die sensomotorische Funktionstüchtigkeit sei weitgehend erhalten; muskuläre Druckpunkte könnten ausgelöst werden, dagegen fänden sich verspannte Unterschenkelbeuger und eine verspannte Gesässmuskulatur. Die Dramatik der geschilderten Beschwerden passe nicht zu den versäumten diagnostischen und therapeutischen Interventionen; es sei von einem starken Aggravationsphänomen auszugehen. Die Angaben des Exploranden zum Medikamentenkonsum liessen sich durch Blutspiegel-Messung nicht bestätigen. Eine Operation sei nicht geplant und mache zum jetzigen Zeitpunkt auch keinen Sinn. Eine Arbeitsfähigkeit dürfte seit Monaten wieder gegeben sein, ab 1. März 2017 zu 100%. Eingeschränkt sei der Versicherte in hochgradig rückenbelastenden Tätigkeiten wie Heben und Tragen von Lasten

von mehr als 15-20 kg und/oder Arbeiten in einseitigen Positionen wie Kauern oder Sitzen über mehr als 6 Stunden. Alle wechselbelastenden Tätigkeiten mit normalen Gewichtsbelastungen seien zumutbar (act. II 68.2).

3.1.4 Im bidisziplinären Gutachten vom 9. Oktober 2017 konnten weder in somatisch-rheumatologischer noch in psychiatrischer Hinsicht Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden. Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Auseinandersetzungen mit der Taggeldversicherung sowie ein nicht ausreichend somatisch abstützbares sich generalisierendes Schmerzsyndrom (mit/bei krankheitsfremden Faktoren, primärem Fibromyalgie-Syndrom, nicht dermatombezogene Hyposensibilität des linken Beines, Panalgie, diffuse Druckschmerzangabe, Polyarthralgien axialer Gelenke etc.), diffuse skelettale Hyperostose in statu nascendi, Nikotinkonsum sowie anamnestisch ein Reizmagensyndrom festgestellt. In der interdisziplinären Einschätzung könne unter Berücksichtigung beider begutachteten Komponenten für die in der Schweiz früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (vgl. act. II 76.1, 76.2, 77.1 und 77.2).

3.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

Das oben erwähnte bidisziplinäre Gutachten samt interdisziplinärer Beurteilung (vgl. E. 3.1.4 hiervor) erfüllt die nach der geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung an eine Expertise gestellten Anforderungen. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einlässlichen gutachterlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden abgegeben. Es überzeugt auch inhaltlich, indem es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfol-

gerungen nachvollziehbar begründet sind (vgl. E. 2.3 hiervor). Namentlich wird der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers umfassend sowie unter Einbezug der anderweitigen aktenkundigen Arztberichte erhoben und gestützt darauf seine aktuelle Arbeitsfähigkeit überzeugend und mit einlässlicher Begründung dargestellt. Ein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender bzw. invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers wird mit plausibler Begründung (act. II 77.1 S. 8 ff.) verneint. Ebenso ist das Fazit, die somatischen Beschwerden stünden der vollzeitlichen Ausübung einer angepassten Tätigkeit nicht entgegen, schlüssig begründet (vgl. act. II 76.2 S. 13 ff.). In ihrer Stellungnahme vom 1. März 2018 hat die RAD-Ärztin med. pract. E. _____ zudem mit ausführlicher und einleuchtender Begründung dargelegt, dass und warum die gutachterlichen Schlüsse im Lichte der medizinischen Aktenlage und auch im Lichte der mit der Beschwerde eingereichten Arztberichte (Beschwerdebeilage [act. I] 6-9) zu bestätigen sind. Den medizinischen Grundlagen, auf welche sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung stützt, kommt somit voller Beweiswert zu.

Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringen lässt, verfängt nicht: Zunächst geht der Beschwerdeführer mit seinem formellen Vorbringen, die beiden (Teil-)Gutachten seien nicht jeweils vom Vertreter der anderen Fachdisziplin gegengezeichnet und das Gutachten könne deshalb nicht als interdisziplinär gelten, fehl; bei Gutachten unter Beteiligung mehrerer Fachgebiete haben die beteiligten Fachärzte ihre Feststellungen zunächst gesondert zu formulieren und eine interdisziplinäre Würdigung vorzunehmen. Dies ist vorliegend nach einer Konsensbesprechung geschehen und hat ihren Niederschlag in der interdisziplinären Beurteilung vom 9. Oktober 2017 (act. II 77.2) gefunden; den Anforderungen ist damit Genüge getan. Soweit in der Beschwerde (vgl. S. 3 Ziff. 3) ferner geltend gemacht wird, es müsse eine krankheitswertige psychische Störung in die Gesamtbeurteilung einbezogen werden, steht dem die medizinische Aktenlage entgegen; es wurde zwar, wie ausgeführt, von Seiten der untersuchenden bzw. behandelnden Ärzte auf die Möglichkeit einer psychischen Überlagerung, namentlich eine Schmerzverarbeitungsstörung bei teilweiser Chronifizierung hingewiesen (act. II 43 S. 7 unten) und eine psychologische/psychiatrische Mitbetreuung empfohlen (act. II 30 S. 10 unten). Eine

eigentliche psychiatrische Abklärung hat vor der Begutachtung durch Dr. med. F._____ nicht stattgefunden, was auf einen in dieser Hinsicht nicht relevanten Leidensdruck schliessen lässt. Dr. med. F._____ hat denn auch in der Folge – wie bereits oben erwähnt – eine krankheitswertige psychische Störung mit nachvollziehbarer Begründung ausgeschlossen; die von Ärzten anderer Fachrichtungen geäusserten Verdachte vermögen die fachärztlich fundierte Einschätzung nicht in Zweifel zu ziehen. In diesem Zusammenhang ist zudem auf den eingeschränkten Beweiswert der Einschätzung von behandelnden Ärzten hinzuweisen; in Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt (Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

In somatischer Hinsicht gehen die behandelnden Ärzte wie auch der Gutachter letztlich von den gleichen medizinischen Fakten aus, beurteilen deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit indessen anders, was – wie dargelegt – nicht ausreicht, um die Einschätzung des Gutachters zu widerlegen. Daran vermögen auch die am 20. März 2018 beim Gericht eingegangenen ärztlichen Berichte nichts zu ändern: Einerseits gilt das oben zum Beweiswert der Einschätzung von behandelnden Ärzten gleichermassen auch für die nachgereichten Berichte. Andererseits ergibt sich aus den Berichten auch inhaltlich nichts, was zu einer anderen Beurteilung führen könnte. Der Bericht von Dr. med. K._____ (act. II 10) basiert nicht auf einer neuerlichen Untersuchung des Beschwerdeführers und enthält keine medizinischen Fakten, die nicht bereits berücksichtigt worden wären. Eine neurologische Abklärung bei Prof. Dr. med. L._____ Voller, FMH Neurologie, ergab bis auf Schmerzen bei Manipulation an der HWS und einer fraglichen Hypästhesie im Bereich des Dermatoms L2 links einen unauffälligen Befund, ebenso wie die Untersuchung an den oberen Extremitäten und die von den Nervenwurzeln C6 und C7 versorgten Muskeln an der linken oberen Extremität. Dagegen sei eine sudomotorische Dysfunktion (typisches

Merkmal einer Small-fibre-Neuropathie), welche seines Erachtens medikamentös nicht ausreichend atherapiert worden sei; eine durch diesen Befund begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wird indessen nicht beschrieben.

Mangels eines gutachterlich festgestellten psychischen Gesundheitsschadens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erübrigen sich schliesslich – entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung – Weiterungen im Lichte der vom Bundesgericht mit den zwei Entscheidungen BGE 143 V 409 ff. und BGE 143 V 418 ff. vorgenommenen Praxisänderung (vgl. BGE 143 V 418 ff. E. 7.1 und 8.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff.). Damit erübrigen sich weitere Bemerkungen zu dieser, auch in der Beschwerde angesprochenen, neuen höchstrichterlichen Praxis und der darin vorgesehenen ergebnisoffenen Prüfung anhand von Standardindikatoren.

Von weiteren Abklärungen sind angesichts der schlüssigen gutachterlichen Feststellungen und Einschätzungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass von solchen in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) abzusehen ist.

3.3 Die angefochtene Verfügung erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig; die dagegen erhobene Beschwerde ist offensichtlich unbegründet und dementsprechend 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.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.—, dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

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:

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.