

200 18 594 IV  
LOU/IMD/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 10. Oktober 2019**

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Juli 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1960 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im April 2013 unter Hinweis auf ausstrahlende Schmerzen im unteren Rückenbereich erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht. Mit Mitteilung vom 29. April 2014 (AB 61) schloss sie die eingeleiteten beruflichen Massnahmen (vgl. "Protokoll per 01.10.2018" S. 2, Eintrag vom 25. April 2013) ab, da der Versicherte eine Arbeitsstelle gefunden hatte. Gleichzeitig wies die IVB ihn darauf hin, dass er sich bei einer Neuanschreibung vorab einer Begutachtung bei einer Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) zu unterziehen haben werde.

Bereits am 24. Februar 2014 erlitt der Versicherte einen Fahrradunfall (AB 63.3), woraufhin ihn die C.\_\_\_\_\_ bei der IVB meldete (AB 64), welche nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 71) einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 0 % verneinte (AB 72). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im März 2016 meldete sich der mittlerweile arbeitslose Versicherte wiederum zum Leistungsbezug bei der IV an, wobei er angab, an einer bipolaren Störung bzw. einem ADHS sowie an diversen körperlichen Beeinträchtigungen zu leiden (AB 74). Die IVB nahm wiederum Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht vor; namentlich holte sie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 10. Januar 2017 (AB 93) und ein psychiatrisches Gutachten des psychiatrischen Dienstes des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 23. November 2017 ein (AB 108.1). Mit Vorbescheid vom 16. Mai 2018 (AB 114) stellte sie die Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 35 % in Aussicht. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 115) verfügte die IVB am 12. Juli 2018 (AB 117) wie angekündigt.

## **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 29. August 2018 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 12.07.2018 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % auszurichten.
3. Dem Beschwerdeführer seien berufliche Massnahmen zu gewähren.
4. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 1. Oktober 2018 auf 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 grundsätzlich – siehe jedoch sogleich E. 1.2 – einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 12. Juli 2018 (AB 117). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung. Soweit die Zusprechung beruflicher Eingliederungsmassnahmen beantragt wird (Beschwerde S. 2), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten, da die Beschwerdegegnerin darüber nicht verfügt hat (BGE 125 V 413 E. 1a S. 414).

**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). 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** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

**2.2.1** 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 strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.2.2** Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend

intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

**2.2.3** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

**2.3** 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.

**2.4** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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).

**2.5** 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

**2.6** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch 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. 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) 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 Neuanschuldungsverfahren – 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; AHJ 1999 S. 84 E. 1b).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

### **3.**

**3.1** Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom März 2016 (AB 74) eingetreten ist und den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 12. Juli 2018 (AB 117) materiell geprüft hat. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

In der Verfügung vom 18. Mai 2015 (AB 72) ermittelte die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 0 %, wobei sie in medizinischer Hinsicht festhielt, in einer den somatischen Leiden angepassten Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. In der Neuanmeldung vom März 2016 verwies der Beschwerdeführer neben den bekannten somatischen Gesundheitsschäden auf psychische Beschwerden (AB 74 S. 6 Ziff. 6.1). Ob damit – bei bereits im Jahr 2010 vorhandener psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit (AB 55 S. 2 ff.) – eine erhebliche Änderung des Sachverhalts erstellt ist (vgl. E. 2.6 hiervor), kann offen bleiben, da sich selbst bei einer freien Anspruchsprüfung unter der Prämisse eines gegebenen Neuanmeldungsgrundes am Ergebnis nichts änderte.

**3.2** Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bzw. seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Im Bericht der Praxis E. \_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2014 (AB 85 S. 23 ff.) betreffend Abklärung einer fraglichen Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wurden als Zuweisungsdiagnosen eine mittelschwere depressive Störung, aktuell remittiert (ICD-10: F32.1), ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5), ein Verdacht auf Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, impulsiven und ängstlichen Persönlichkeitszügen (ICD-10: F60.8) sowie frühere Cannabis-, Kokain, Ecstasy- und Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F19.20) aufgeführt. Die berichtenden Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dipl. Psych. G. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin Psychotherapie und Neuropsychologie, diagnostizierten einen Verdacht auf ADHS Mischtypus (DSM-V: 314.01) und differentialdiagnostisch eine ADHS Symptomatik im Kontext diverser psychischer und somatischer Faktoren. Sie führten aus, die aktuelle Symptomatik wäre gesamthaft mit einer ADHS zu vereinbaren. Die Bedingungen für die Diagnose einer ADHS nach DSM-V seien jedoch nicht durchgängig erfüllt. Unscharf bleibe vor allem die Symptomatik während der Kindheit. Zudem lägen zahlreiche zusätzliche psychische und somatische Faktoren vor, die zur aktuellen Symptomatik erheblich beitragen dürften.

**3.2.2** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Lungenerkrankheiten, diagnostizierte im Bericht vom 15. Februar 2016 (AB 85 S. 16) ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom. Der Patient klagt weiterhin über eine behinderte Nasenatmung, welche nicht nur nachts, sondern auch tagsüber bestehe, sowie über häufig produktiven Husten. Subjektiv habe auch das Ausmass der Trichterbrust zugenommen. Der Husten dürfte Ausdruck der chronischen Bronchitis bei Nikotinkonsum sein, bezüglich Trichterbrust empfehle er eine Beurteilung der Thorax-Chirurgen des Spitals I.\_\_\_\_\_. Die CPAP-Therapie sei mit unveränderter Druckeinstellung weiterzuführen, allenfalls sei bezüglich der behinderten Nasenatmung eine fachärztliche Beurteilung vorzunehmen.

**3.2.3** Im Bericht des Spitals J.\_\_\_\_\_, vom 9. März 2016 (AB 85 S. 14 f.) wurde ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei linkskonvexer Skoliose mit Apex LWK3, Chondrose L3/4, etwas stärker ausgeprägt L4/5 und L5/S1 sowie diskreten Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1 diagnostiziert. Es sei eine ambulante Physiotherapie zur Kräftigung der Rücken-, Bauch- und Beckenmuskulatur verordnet worden.

**3.2.4** Dem Bericht der Klinik K.\_\_\_\_\_ vom 3. Juni 2016 (AB 86) sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen: Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen mit ängstlichen und abhängigen Persönlichkeitsanteilen (ICD-10: F61) und Verdacht auf bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode (ICD-10: F31.0). Seit dem 22. Januar 2016 (Aufnahme der Behandlung) bestehe bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Unter weiterer ambulanter Psychotherapie, fortgesetzter psychopharmakologischer Medikation und langsamem Wiedereinstieg in den Beruf sei die langfristige Prognose wahrscheinlich gut.

**3.2.5** Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Endokrinologie-Diabetologie, diagnostizierte im Bericht vom 8. Juni 2016 (AB 85 S. 2 ff.) eine psychische Erkrankung bei Status nach früherem langjährigem Substanzabusus, eine mittelschwere depressive Störung und ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom. Es bestehe eine

verminderte körperliche Belastbarkeit wegen Lumbalgie und Trichterbrust, schwer körperlich belastende Arbeiten könnten nicht durchgeführt werden. Für körperlich nicht zu belastende Tätigkeiten bestehe aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

**3.2.6** Dem Bericht von Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. September 2016 (AB 90) sind die Diagnosen ADHS (ICD-10: F90.1), chronische Rückenschmerzen und obstruktive Schlafapnoe mit CPAP-Assistenz zu entnehmen. Der Patient sei bei ihm zwischen Juni 2015 und Januar 2016 in Behandlung gewesen. Aufgrund der psychischen Einschränkungen sei mit einer umständlichen Arbeitsweise, höherem Zeitbedarf, häufigeren Fehlern und dem Bedürfnis nach einer gewissen Abwechslung zu rechnen. Eine Arbeitsunfähigkeit habe er im Behandlungszeitraum nicht attestiert.

**3.2.7** Die RAD-Ärztin Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, führte im Bericht vom 10. Januar 2017 (AB 93) aus, somatisch bestünden kleinere von der Norm abweichende Befunde wie eine seit Jugend bestehende Trichterbrust, eine Schwellung im Bereich des rechten Knöchels mit subcutaner Flüssigkeit ohne sichere Verbindung zum Gelenk, eine leichte Skoliose und gewisse degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule, vor allem auf Höhe L4/5. Zudem bestünden eine substituierte Hypothyreose und eine behandelte Schlafapnoe. Diese Veränderungen bedingten keine Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten mit leichter und mittlerer Belastung. Nur hohe körperliche Belastungen seien nicht zumutbar. Limitierend seien die psychiatrischen Diagnosen, soweit es sich dabei überhaupt um Diagnosen mit Krankheitswert handle. Am ehesten relevant sei die Persönlichkeitsstörung.

**3.2.8** Dem Bericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2017 (AB 111 S. 12 ff.) lassen sich die Diagnosen "am ehesten" äthyltoxische Kardiopathie, Aneurysma der Aorta ascendens, kongenitale Trichterbrust-Deformation, schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und Hypothyreose, aktuell substituiert, sowie die Nebendiagnosen mittelschwere depressive Störung und Nasenatembehinderung bei komplexer Nasendeformität entnehmen. Der Patient berichte seit einigen Monaten über progrediente Dyspnoe sowie thorakale Schmerzen. Im Rahmen der invasiven Un-

tersuchung hätten sich normale Koronarien gezeigt, die Ejektionsfraktion des linken Ventrikels sei bei 50 % grenzwertig leicht eingeschränkt. Eine Therapie mit einem ACE-Hemmer sei begonnen worden.

**3.2.9** Im Gutachten des psychiatrischen Dienstes des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 23. November 2017 (AB 108.1) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vor allem emotional-instabilen, paranoiden und negativistischen Anteilen (ICD-10: F61.0) diagnostiziert (S. 16). Bei der aktuellen Untersuchung imponiere eine eingeschränkte Schwingungsfähigkeit mit einer gewissen Anhedonie und Problemen mit der perspektivischen Planung. Auch präsentiere der Versicherte eine allgemeine Verbitterungstendenz. Eine ausgeprägtere Einschränkung der Funktionsfähigkeit aufgrund dieser affektiven Einschränkung sei jedoch nicht zu erheben. Auffälliger sei hingegen eine Interaktionsproblematik, die vor allem emotional-instabile und paranoide Anteile beinhalte und sowohl in der Exploration, als auch in der psychologischen Testung objektiviert werden könne. Unter Berücksichtigung der Biographie könne hier vom Vorliegen einer gemischten Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden, die in den letzten Jahren in psychosozialer Belastungssituation zunehmend krankheitswertig geworden sei. Die depressiven Phasen könnten aus psychiatrischer Sicht in den Kontext dieser Persönlichkeitsstörung gesetzt und sollten nicht als eigenständige Diagnose geführt werden. Der im Gefolge der Interaktionsproblematik entwickelte Substanzkonsum habe über viele Jahre das Ausmass einer manifesten Mehrfachabhängigkeit angenommen, aktuell werde aber eine weitgehende Abstinenz seit über zehn Jahren berichtet. Allerdings habe sich nach Beendigung des Substanzmissbrauchs ein sich chronifizierendes Schmerzsyndrom etabliert, das offenbar vor allem auf degenerative Prozesse zurückzuführen sei. Bei fehlender Ausweitungstendenz und weitgehender Unabhängigkeit von psychischer Belastung könnten somatoforme Komponenten eher nicht beobachtet werden. Die funktionellen Auswirkungen der Schmerzproblematik seien als leichtgradig zu quantifizieren, dies aufgrund der nur knappen Hinweise auf eine Funktionseinschränkung während der Untersuchung, aber auch angesichts der anamnestischen Erhebung. Hinweise auf eine persistierende ADHS-Symptomatik hätten nicht festgestellt werden können, auch wenn ein klarer Ausschluss eines ADHS nicht mög-

lich gewesen sei. Es sei durchaus möglich, die entsprechende Symptomatik mit vor allem Einschränkungen in Konzentration und Durchhaltefähigkeit ebenfalls in den Kontext der Persönlichkeitsstörung zu stellen. Zusammengefasst sei in erster Linie die Persönlichkeitsstörung verantwortlich für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ungefähr 30 %. Es bestünden IV-fremde Einflussfaktoren wie die lange Abstinenz vom Arbeitsmarkt und die IV-pflichtige Erkrankung der Ehefrau. Die Prognose sei ungünstig in Anbetracht der fraglichen Motivation des Versicherten, wieder eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt aufzunehmen (S. 17).

**3.2.10** Der RAD-Arzt Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Tropenmedizin und Reisemedizin, führte im Bericht vom 2. Februar 2018 (AB 113) aus, zurzeit würden weitere bildgebende Abklärungen gemacht, um die Frage der Operationsindikation des Aortenaneurysmas zu diskutieren. Auch pneumologische Abklärungen sollten noch durchgeführt werden bei obstruktiver Lungenerkrankung. Das fragliche Marfan-Syndrom und die Herzerkrankung wie auch die Lungenerkrankung bewirkten eine leicht verminderte körperliche Leistungsfähigkeit, welche sich aber nur bei schweren Tätigkeiten auswirke. Die Tätigkeit als ... oder eine andere leichte Tätigkeit seien aus somatischen Gründen nicht eingeschränkt.

**3.3** 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).

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 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4).

**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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.5** Die angefochtene Verfügung vom 12. Juli 2018 (AB 117) basiert in psychiatrischer Hinsicht auf dem Gutachten des psychiatrischen Dienstes des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 23. November 2017 (AB 108.1). Dieses erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt vollen Beweis. Die Gutachter haben die vorhandenen medizinischen Akten sowie die durchgeführten diagnostischen Tests in ihre Beurteilung miteinbezogen, zudem beim aktuell behandelnden Psychotherapeuten und dem Hausarzt eine Fremdanamnese eingeholt (AB 108.1 S. 13 Ziff. 4) und den Beschwerdeführer untersucht. Im Aufbau des Gutachtens hielten sich die Gutachten an die Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGE 141 V 281). Sie setzten sich mit den früheren fachärztlichen Beurteilungen auseinander und begründeten abweichende Einschätzungen (AB 108.1

S. 18 Ziff. 7.3). Insbesondere in Übereinstimmung mit der Abklärung durch die Praxis E. \_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2014 (AB 85 S. 23 ff.) wurde die Diagnose eines ADHS verworfen, was überzeugt: Während sowohl die Gutachter als auch Dr. med. F. \_\_\_\_\_ und Dipl. Psych. G. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar darlegten, dass die diesbezüglichen Diagnosekriterien nicht durchgängig erfüllt sind, wurde die postulierte Diagnose eines ADHS weder im Bericht der Klinik K. \_\_\_\_\_ vom 3. Juni 2016 (AB 86) noch in demjenigen des Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 14. September 2016 (AB 90) – auf welche sich der Beschwerdeführer offensichtlich beruft (Beschwerde S. 6 f. Ziff. 4) – anhand der einschlägigen Diagnosekriterien hergeleitet bzw. diskutiert. Die seitens der Gutachter als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellte kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vor allem emotional-instabilen, paranoiden und negativistischen Anteilen (ICD-10: F61.0) steht in Übereinstimmung mit den Einschätzungen der behandelnden Fachpersonen (vgl. AB 85 S. 23 ff.; 86) und überzeugt. Dasselbe gilt für das attestierte Ausmass der Arbeitsunfähigkeit in Höhe von 30 % in jeglicher Tätigkeit (AB 108.1 S. 23 f. Ziff. VI.), dabei haben die Gutachter die psychosozialen Aspekte wie etwa die schwierige Beziehungssituation und die längere Absenz vom Arbeitsmarkt (vgl. AB 108 S. 21 Ziff. II./4.) richtigerweise ausgeklammert. Den Beginn der Einschränkung von 30 % haben die Gutachter mit Verweis auf den Bericht der Klinik K. \_\_\_\_\_ vom 3. Juni 2016 (AB 86) auf Januar 2016 festgelegt (AB 108.1 S. 23 Ziff. VI./1.), was ebenfalls überzeugt. Daran ändert das vom Beschwerdeführer geforderte vorausgehende Aufbautraining (Beschwerde S. 5) nichts. Dieses soll offensichtlich dazu dienen, die hier ausser Acht zu lassenden invaliditätsfremden Faktoren (Absenz vom Arbeitsmarkt, fehlende Motivation [AB 108.1 S. 19 Ziff. 7.7]) aufzufangen, was sich mit der Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. N. \_\_\_\_\_ deckt (AB 93 S. 8). Insgesamt vermag der Beschwerdeführer keine Aspekte aufzuzeigen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

**3.6** In somatischer Hinsicht stellte die Beschwerdegegnerin auf den Bericht des RAD-Arztes Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 2. Februar 2018 (AB 113) ab, gemäss welchem die diagnostizierten bzw. teilweise noch

abklärungsbedürftigen Beeinträchtigungen sich lediglich bei schweren Tätigkeiten auswirkten. Diese Einschätzung überzeugt, zumal sich aus den Berichten der behandelnden Ärzte nichts Gegenteiliges ergibt: Das schwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom wird mittels CPAP-Therapie behandelt und die Trichterbrust begründet keine relevante Einschränkung (AB 85 S. 2, 10 und 16; 111 S. 2). Aus kardiologischer Sicht wurde keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. AB 111 S. 2 ff.). Das in Abklärung befindliche Marfansyndrom wurde einzig als Verdachtsdiagnose gestellt (AB 111 S. 1). Diesbezüglich hat der RAD-Arzt überzeugend dargelegt, dass eine deswegen allenfalls durchzuführende Operation des Aortenaneurysmas (vgl. dazu AB 111 S. 3) lediglich zu einer temporären Arbeitsunfähigkeit führen würde (AB 113 S. 2). Die übrigen somatischen, wohl teilweise durch die Grösse des Beschwerdeführers von 204 cm bedingten (vgl. AB 111 S. 19 unten; 115), Beeinträchtigungen lassen jedenfalls auch ohne weitere Abklärungen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 138 V 218 E. 6 S. 221) den Schluss auf eine zumutbare Arbeitsfähigkeit im von den psychiatrischen Gutachtern attestierten Umfang von 70 % zu. Nicht zu beanstanden ist schliesslich, dass der RAD-Arzt keine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers durchgeführt hat (Beschwerde S. 9 oben), war es diesem doch möglich, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild betreffend Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status zu machen und besteht diesbezüglich – wie zuvor dargelegt – Einigkeit mit den behandelnden Ärzten (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

**3.7** Nach dem Dargelegten besteht gestützt auf das beweiskräftige Gutachten vom 23. November 2017 sowie den ebenfalls beweiskräftigen RAD-Bericht vom 2. Februar 2018 sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 70 % (AB 108.1 S. 18; 113 S. 2). Eine Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296) erübrigt sich, da – wie aufzuzeigen sein wird (vgl. E. 4.5 hiernach) – so oder anders kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad resultiert.

#### **4.**

**4.1** 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). Aufgrund der im März 2016 erfolgten Anmeldung zum Rentenbezug (AB 74) konnte ein Rentenanspruch frühestens am 1. September 2016 entstehen (Art. 29 Abs. 1 IVG), sofern zu diesem Zeitpunkt das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) abgelaufen war. Diesbezüglich ist festzustellen, dass eine Arbeitsunfähigkeit einzig im Bericht der Klinik K.\_\_\_\_\_ vom 3. Juni 2016 (AB 86) attestiert worden war. Mit Blick auf deren Beginn im Januar 2016 ist der frühestmögliche Rentenbeginn auf Januar 2017 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

**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 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

**4.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). 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 LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

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 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (SVR 2018 IV Nr. 45 S. 145 E. 2.2).

**4.4** Der Einkommensvergleich ist vorliegend dergestalt vorzunehmen, als das Validen- und das Invalideneinkommen auf der Grundlage desselben Tabellenlohns gemäss LSE 2016, Tabelle TA1, Totalwert, Kompetenzniveau 1, zu bestimmen sind. Dies unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass der Beschwerdeführer einerseits keine in der Schweiz anerkannte Ausbildung abgeschlossen hat (AB 74 S. 5) und er andererseits die zumutbare medizinisch-theoretische Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit (vgl. E. 3.7 hiervor) nicht verwertet. Hinzu kommt, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % in jeglicher Tätigkeit besteht (AB 108.1 S. 23 f. Ziff. VI.).

Gründe für einen (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeten) Abzug vom Tabellenlohn sind keine gegeben. Sind wie vorliegend leichte

bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, da der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. März 2009, 9C\_72/2009, E. 3.4). Zudem wären – da sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Tabellenlöhne zu ermitteln sind – die invaliditätsfremden Gesichtspunkte bei beiden Vergleichseinkommen zu berücksichtigen (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5). Schliesslich ergibt sich auch aufgrund des Alters des Beschwerdeführers – 57 Jahre im Zeitpunkt der Begutachtung (vgl. dazu BGE 143 V 431 E. 4.5.1 S. 433) – und des geltend gemachten Erfordernisses eines wohlwollenden Arbeitgebers (Beschwerde S. 11 Ziff. 7) keine Notwendigkeit eines Abzuges (Entscheidung des BGer vom 15. September 2016, 8C\_482/2016, E. 5.4.3 bzw. vom 2. Juli 2018, 9C\_15/2018, E. 4.4).

**4.5** Es resultiert ein Invaliditätsgrad von 30 %, da der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (hier 30 % [vgl. E. 3.7 hiervor]) unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (hier 0 %) entspricht, wenn Validen- und Invalideneinkommen aufgrund des gleichen Tabellenlohns bestimmt werden (Entscheid des BGer vom 4. Februar 2015, 9C\_888/2014, E. 2). Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiervor). Damit ist die angefochtene Verfügung vom 12. Juli 2018 (AB 117) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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 Bezah-

lung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen 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, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - 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.