

200 20 773 IV
KNB/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. November 2021

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. September 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1988 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), zuletzt als ungelernter ... bzw. ... vom 1. März 2016 bis 31. Dezember 2017 angestellt, meldete sich im März 2018 unter Hinweis auf einen operierten Bandscheibenvorfall, vermehrte Rückenschmerzen und eine Magenbandoperation bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2, 17, 19.5 S.1). Nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen sowie der Durchführung von beruflichen Massnahmen (Aufbautraining vom 15. Mai bis 31. Juli 2018; act. II 26, 38) veranlasste die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) eine interdisziplinäre Begutachtung durch die Dres. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 13. März 2020 inkl. interdisziplinäre Beurteilung; act. II 85.2-3, 102). Mit Vorbescheid vom 1. April 2020 (act. II 86) stellte die IVB die Ablehnung von Leistungen der IV in Aussicht. Nach erhobenem Einwand des Versicherten (act. II 96, 98) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 100) verneinte sie mit Verfügung vom 11. September 2020 (act. II 103) entsprechend dem Vorbescheid einen Leistungsanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 14. Oktober 2020 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde. Er stellte folgende Anträge:

1. Die Verfügung vom 11. September 2020 sei aufzuheben.
2. Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten.
3. Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin sei durch ein gerichtliches Gutachten abzuklären.
4. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen.

Mit Eingabe vom 14. Dezember 2020 reichte der Beschwerdeführer einen beschwerdeweise in Aussicht gestellten Arztbericht zu den Akten.

In der Beschwerdeantwort vom 15. Januar 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Die entsprechende Eingabe wurde dem Beschwerdeführer mit prozessleitender Verfügung vom 26. Januar 2021 zugestellt.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. September 2020 (act. II 103). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV.

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 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 Viertelrente.

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

2.4 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

3.

3.1 Den Akten ist bezüglich des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bzw. seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen.

3.1.1 Im Operationsbericht vom 18. August 2017 (act. II 20 S.12 f.) über die am 15. August 2017 durchgeführte Mikrodekompression L4/5 links via Laminotomie, Flavektomie und Fazettektomie sowie Sequestrektomie L4-S1 links, diagnostizierte Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, persistierende Glutealgien und Beinschmerzen linksseitig mit/bei rezessaler Enge bei Diskushernie L4/5 und L5/S1 mit Einengung der L5- sowie S1-Wurzel links und Status nach epiduraler Infiltrationen L5/S1 links vom 22. April und 17. Oktober 2016 (S. 1).

3.1.2 Im Austrittsbericht des Spitals F._____, vom 29. Dezember 2017 (act. II 14 S. 5-7) wurden als Diagnosen eine Passagestörung am ehesten postoperativ bei Status nach Magenbypass-Operation am 20. Dezember 2017 (recte: wohl 22. Dezember 2017; act. II 14 S. 13) bei Adipositas per magna (Body-Mass-Index [BMI] 38 kg/m² am 19. Dezember 2017) erwähnt (S. 5). Laborchemisch fänden sich regrediente Entzündungszeichen. Eine Abdomenleeraufnahme habe leicht dilatierte Dünndarmschlingen ohne Spiegelbildung gezeigt. Ein Gastrografinschluck habe eine ungestörte Passage ohne Hinweis auf ein Leck offenbart. Sonographisch hätten eine Trokarhernie und eine Hämatom verdächtige Flüssigkeitskollektion ausge-

geschlossen werden können. Der Beschwerdeführer habe am 28. Dezember 2017 in einem gebesserten Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

3.1.3 Dr. med. E. _____ diagnostizierte anlässlich der Sprechstunde vom 15. Februar 2018 persistierende tieflumbale und teilweise in die Glutealregion links ausstrahlende Rückenschmerzen. Der Beschwerdeführer sei immer noch sehr leidend. Es bestünden eine etwas dekonditionierte Muskulatur und ein ausgeweitetes Schmerzsyndrom mit drei von vier positiven Waddelzeichen, was auf eine Chronifizierung oder Somatisierung hinweise. Es müsse unbedingt mit physiotherapeutischen Massnahmen eine Rekonditionierung erreicht werden. Sensomotorische Defizite bestünden keine (act. II 14 S. 2 f.).

3.1.4 Im Operationsbericht vom 22. Oktober 2018 (act. II 40) über die am 18. Oktober 2018 erfolgten ventralen Diskektomien mit Posterior-Release und ventralen interkorporellen Spondylodesen (ALIF) L5/S1 und L4/5 nannte Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnosen ein chronisches persistierendes, hauptsächlich lokales lumbales Schmerzproblem mit Beinabstrahlungen beidseits mit/bei fortgeschrittener 2-Etagen-Diskopathie L4/5 und L5/S1 mit Anulus-Einrissen L4/5 und L5/S1 mediolateral links, mediolateraler linksseitiger Bandscheibenprotrusion L5/S1 mit deutlicher Kompromittierung des S1-Wurzelverlaufes und Status nach Mikrodekompression L4/5 und L5/S1 am 15. August 2017.

3.1.5 Am 10. Mai 2019 (act. II 49 S. 4 f.) berichtete Dr. med. E. _____, der Beschwerdeführer sei schmerzgeplagt und könne sich kaum und wenn, nur langsam und vorsichtig bewegen. Es habe sich ein chronifiziertes lumbales Schmerzsyndrom entwickelt. Die zweimal durchgeführte lumbale Neuraltherapie habe nach Angaben des Beschwerdeführers überhaupt keinen Effekt gezeigt und habe teilweise sogar zu einer Schmerzverstärkung geführt, weshalb diese Behandlung abgebrochen worden sei. Klinisch sei er in der Mobilisation deutlich beeinträchtigt, bei unauffälligem Neurostatus. Es drohe eine schmerzbedingte vollständige Bewegungsunfähigkeit. Insgesamt sei die Situation unbefriedigend. Indiziert sei nach wie vor eine multimodale stationäre Schmerztherapie. Die Abklärungen mittels CT und

MRI von Januar 2019 hätten keine richtungsweisenden Befunde gebracht, ebenso wenig die aktuellen Kontrollröntgenaufnahmen.

3.1.6 Dr. med. G. _____ führte am 2. September 2019 aus, insgesamt bestehe eine sehr unbefriedigende Situation knapp ein Jahr nach ALIF. Es habe sich ein klares chronifiziertes Schmerzsyndrom entwickelt. Dieses führe nun zunehmend zu einer generellen Dekonditionierung. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht zeige sich eine stabile Situation. Aktuell gäbe es nicht genügend Hinweise für eine unvollständige ossäre Konsolidation (act. II 57).

3.1.7 Anlässlich der Sprechstunde im Spital H. _____, Klinik I. _____, vom 24. September 2019 wurde als Diagnose ein persistierendes lumbales, chronifiziertes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung bds. genannt. Der Schmerz sei als primär chronifiziertes lumbales Schmerzsyndrom mit Verdacht auf "referred pain" zu links>rechts zu beurteilen. Klinisch zeige sich aktuell eine muskuloskelettale Beteiligung. Eine im Verlauf durchgeführte Skelettszintigraphie habe regelhafte Stellungenverhältnisse von Knochen und Osteosynthesematerial und keine Hinweise auf eine Prothesenlockerung gezeigt. Eine radikuläre Symptomatik scheine aufgrund wiederholter Untersuchungen unwahrscheinlich (act. II 64 S. 2). Als therapeutische Massnahme sei vor allem eine psychosomatische Vorstellung mit allenfalls psychologischer Beurteilung indiziert (act. II 64 S. 3).

3.1.8 Die behandelnden Ärztinnen des Spitals H. _____, Klinik J. _____, diagnostizierten nach einer stationären Abklärung vom 18. Oktober bis 8. November 2019 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, unterer Rückenschmerz mit Ausstrahlung in beide Beine bei "failed back surgery syndrom" (ICD-10 F45.41), eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine milde normozytäre, normochrome Anämie (Austrittsbericht vom 7. November 2020 [recte: wohl 2019]; act. II 76 S. 1 f.). Insgesamt sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen auszugehen. Die pain- und actionprone Anamnese, die begleitende psychiatrische Erkrankung sowie die andauernde psychosoziale Belastung stellten Risikofaktoren für die Schmerzchronifizierung dar. Während der

Hospitalisation hätten erste Fortschritte erzielt werden können, jedoch bedürfe es dringend einer weiteren stationären Betreuung um einen Rückfall zu den alten Verhaltens- und Denkmustern zu verhindern. Zur weiteren Behandlung sei der Beschwerdeführer in die stationäre Rehabilitation entlassen worden (S. 3).

3.1.9 Im Bericht der Klinik K._____ vom 26. November 2019 (act. II 85.4) über die Hospitalisation vom 11. bis 22. November 2019 wurden als Hauptdiagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und als Nebendiagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, unter anderem auf dem Boden eines "failed back surgery syndroms" (S. 1), eine maladaptive Kognition, eine Sensitierung, eine Schmerzchronifizierung, eine Magenbypass-Operation, eine arterielle Hypertonie mit Entgleisung und einen Vitamin D-Mangel vermerkt (S. 4). Es habe erreicht werden können, dass der Beschwerdeführer psychoemotional stabiler und ohne signifikanten Einfluss auf die Schmerzen selbständig klinik-/umgebungsmobil (ohne Hilfsmittel) sei. Er habe in gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden können (S. 6).

3.1.10 Die Dres. med. D._____ und C._____ diagnostizierten im interdisziplinären (rheumatologisch-psychiatrischen) Gutachten vom 13. März 2020 (act. II 102) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), finanzielle Probleme (ICD-10 Z59), familiäre Schwierigkeiten (ICD-10 Z63), eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), ein chronisches Schmerzsyndrom des Rückens mit diffuser Ausstrahlung (nicht ausreichend somatisch abstützbar, krankheitsfremde Faktoren, multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit), anamnestisch eine Adipositas (aktuell BMI von 24,0 kg/m²) und anamnestisch ein Reizmagensyndrom (act. II 85.2 S. 9, act. II 85.3 S. 12, act. II 102 S. 4. f.).

Im rheumatologischen Gutachten (act. II 85.2) führte der Experte aus, anlässlich der aktuellen Begutachtung imponierten in der klinischen Untersuchung eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik und darüber hinaus,

abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus (S. 10). Allgemeininternistisch könne kein relevanter klinisch-pathologischer Befund objektiviert werden. Seit Sommer 2016 würde die Entwicklung multipler Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit und je nach allgemeiner Schmerzintensität ungerichtete Steh- und Gehunsicherheiten geschildert. Diesbezüglich sei kein korrelierender somatisch-pathologischer Befund zu objektivieren. Zudem hätten in den ergänzend durchgeführten Untersuchungen keine Hinweise auf entzündliche Systemaffektionen, eine metabolische Störung, ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom oder eine paraneoplastische Komponente objektiviert werden können. Insgesamt seien die geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar (S. 14). Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich krankheitsfremde Faktoren, wie beispielsweise länger anhaltende berufliche Abstinenz, ärztlicherseits längerdauernd attestierte Arbeitsunfähigkeiten, begrenzte Deutschsprachkenntnisse, fehlende Berufsausbildung und möglicherweise die limitierte Motivation auswirken. Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit täglich vollumfänglich ausführbar, sofern die Kriterien für eine angepasste Verweistätigkeit erfüllt seien (S. 15). Hingegen seien seit der Rückenoperation vom 15. August 2017 körperlich belastendere Arbeiten als jene einer angepassten Verweistätigkeit nicht mehr zumutbar. Ohne Zweifel seien Phasen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen nach der ersten Rückenoperation vom 15. August 2017 bis Mitte Dezember 2017, nach der am 22. Dezember 2017 durchgeführten Bypass-Operation während der folgenden sechs Wochen und nach der zweiten Rückenoperation vom 18. Oktober 2018 für circa zwei bis drei Monate. Ausserhalb dieser Zeitabschnitte könne für eine angepasste Verweistätigkeit keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Eine der Behinderung angepasste Tätigkeit liege in einem temperierten Raum (Raumluft), beschränke sich auf leicht- bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln, zu. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Die repetitiv zu bewegenden Gewichte sollten nicht mehr als 10-12.5 kg sein. Das vereinzelte Bewegen von Gewichten bis 15 kg sei auch derzeit, zum Beispiel

2-3 Mal täglich, noch zumutbar. Eine entsprechende Tätigkeit sei täglich vollumfänglich möglich (S. 16).

Im psychiatrischen Gutachten führte der Experte aus, die Vorgeschichte des Beschwerdeführers sei unauffällig. Subjektiv als belastend habe er vor allem die postoperative Phase im Sommer 2019 erlebt, was dazu geführt habe, dass er im Herbst 2019 in eine akute psychische Krise geraten sei (S. 13). Eine eigenständige psychiatrische Störung sei unwahrscheinlich, da er früher nie an depressiven Episoden gelitten habe bzw. bestimmte Gründe zur seelischen Krise geführt hätten und die Behandlung relativ rasch eine Verbesserung erbracht habe. Eine psychiatrische Behandlung sei nie eingerichtet worden. Von Oktober bis Mitte November 2019 könne eine starke psychische Störung attestiert werden, vorher und nachher sei dies nicht der Fall gewesen. Die Persistenz der Schmerzen nach den Rückenoperationen habe dazu geführt, dass eine psychosomatische Überlagerung eingetreten sei. Das Vollbild einer somatoformen Schmerzstörung sei nicht vorhanden (S. 14). Die Fremd- und Selbstwahrnehmung sei nicht eingeschränkt. Der Beschwerdeführer zeige keine Hinweise für auffällige Verhaltensweisen, welche für eine Persönlichkeitsstörung sprächen (S. 15). Es bestehe eine subjektive Einschränkung der Ressourcen wegen den Schmerzempfindungen. Möglicherweise bestünden auch Ressourceneinschränkungen wegen den ärztlich verordneten Opiaten. Der Beschwerdeführer gehe seinen Verpflichtungen nach. Nicht medizinisch begründete Funktionseinschränkungen bestünden durch eine lange Phase von (Arbeits-)Untätigkeit, finanzielle Probleme, familiäre Schwierigkeiten und einen fehlenden Berufsabschluss. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit mit Ausnahme in der Zeit von Oktober bis November 2019, in der in hohem Ausmass eine Einschränkung bestanden habe; seither bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr (S. 18).

3.1.11 Im Bericht des Spitals H._____, Klinik J._____ vom 19. Mai 2020 zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (act. II 98 S. 5-7) wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (unterer Rückenschmerz mit Ausstrahlung in beide Beine bei "failed back surgery syndrom"), eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen von Diagnose 1, rezidivierende Panikattacken mit Hyperventila-

tion, einen Unguis incarnatus hallux links (S. 5), eine isolierte gGT-Erhöpfung, eine milde hyperregenerative normozytäre, normochrome Anämie und einen Vitamin D-Mangel diagnostiziert. Gemäss interdisziplinär beurteiltem Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen bestehe keine Beeinträchtigung an Regeln und Routine sowie bei der Selbstpflege und -versorgung. Eine leicht ausgeprägte Beeinträchtigung bestehe bei der Selbstbehauptungsfähigkeit, Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten, Fähigkeit zu einer engen dyadischen Beziehung, Mobilität und Verkehrsfähigkeit. Die Beeinträchtigung bei Planung und Strukturierung von Aufgaben, Kompetenz- und Wissensanwendung, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie Gruppenfähigkeit sei mässig ausgeprägt. Erheblich ausgeprägt sei die Beeinträchtigung bei Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Grundsätzlich seien die qualitativen Vorgaben (wechselnd sitzende, stehende und gehende Tätigkeit) richtig. Das quantitative Mass (8.5 Stunden pro Tag, Gewichte nicht schwerer als 10-12.5 kg) sei aktuell als Fernziel zu betrachten, welches durch eine gut begleitete berufliche Integration erst noch erreicht werden müsse. Durch die multimodale Schmerztherapie sei der Grundstein für einen Arbeitseinstieg gelegt worden, es bedürfe aktuell aber eines sorgfältigen Wiederaufbautrainings. Eine berufliche Eingliederungsunterstützung wäre unbedingt zu befürworten (S. 6). Einschränkungen bestünden aktuell zum Beispiel im Gebrauch von Maschinen i.R. der medizinischen Therapie. Der Verlust der körperlichen Integrität, einhergehend mit dem Verlust der Erwerbsfähigkeit und der wirtschaftlichen Autonomie habe zu einem Zustand massiver Verunsicherung sowie zu einer Erschütterung des Selbstwertes geführt. Dies äussere sich in rezidivierenden Panikattacken sowie schweren Zukunftsängsten und stetigem Gedankenkreisen (S. 7).

3.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. 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 auf Grund 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 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.3 Die angefochtene Verfügung vom 11. September 2020 (act. II 103) stützt sich aus medizinischer Sicht massgeblich auf die Gutachten der Dres. med. C._____ und D._____ samt interdisziplinärer Beurteilung vom 13. März 2020 (act. II 85.2 f. und 102). Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt. Die Beurteilungen der beiden Gutachter (act. II 85.2 f.) sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf einlässlichen Explorationen – inklusive Labor- und Röntgenuntersuchungen (act. II 85.2 S. 8) – und wurden in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden vorgenommen. Sie überzeugen inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Ebenso flossen die beiden (Teil-)Gutachten – soweit erforderlich – in die interdisziplinäre Beurteilung ein.

In somatisch rheumatologischer Hinsicht liegt demnach mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom vor. Ein chronisches Schmerzsyndrom des Rückens mit diffuser Ausstrahlung wird dagegen als nicht ausreichend somatisch abstützbar diagnostiziert (act. II 85. 2, act. II 102 S. 4), was überzeugt, konnten doch die operierenden Ärzte Dres. med. E._____ und G._____ wie auch die Behandler des Spitals H._____, Klinik I._____ weder

Hinweise auf ein Implantatversagen, eine Implantatlockerung oder eine unvollständige ossäre Konsolidation noch sensomotorische bzw. neurologische Defizite feststellen (act. II 44, 49 S. 5, act. II 57, 64 S. 2). Ebenso überzeugt die aus Anamnese, Befund und Diagnose getroffene Einschätzung, dass seit der Rückenoperation vom 15. August 2017 (act. II 20 S. 12) nur noch leicht bis mittelgradig körperlich belastende Arbeiten in wechselnden Positionen in einem temperierten Raum (Raumluft) täglich vollschichtig zumutbar sind, ausgenommen in der Zeit nach der Rückenoperation vom 15. August 2017 bis Mitte Dezember 2017, nach der Magenbypass-Operation vom 22. Dezember 2017 für die darauffolgenden sechs Wochen sowie nach der Rückenoperation vom 18. Oktober 2018 während der zwei- bis dreimonatigen Rehabilitationsphase, mit jeweils vollständiger Arbeitsunfähigkeit (act. II 85.2 S. 16). In psychiatrischer Hinsicht liegen keine Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (act. II 85.3 S. 12). Der psychiatrische Gutachter hat nachvollziehbar dargelegt, dass sich keine eigenständige psychische Störung entwickelt hat, sondern es einzig im Rahmen einer Anpassungsstörung infolge der belastend erlebten postoperativen Phase vom Sommer 2019 zu einer vorübergehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von Oktober bis Mitte November 2019 (akute Krise) gekommen ist (act. II 85.3 S. 13 f. 18). Dass die eingeleiteten Behandlungen, wie von Dr. med. D. _____ erläutert, zu einer raschen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands geführt haben, korreliert denn auch mit den Berichten über die stationären Behandlungen in der Psychosomatischen Medizin des Spitals H. _____ bzw. in der Klinik K. _____ während den Monaten Oktober und November 2019. So kam es dabei insbesondere zu einer Aufhellung der Stimmung, vermehrtem Antrieb, einer Abnahme des Grübelns, einer zunehmenden Perspektivenentwicklung, einem stabilen psychoemotionalen Zustand und einer Verbesserung der Mobilität (ohne Hilfsmittel), womit schliesslich der Beschwerdeführer in gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden konnte (act. II 76 S. 3 f., act. II 85.4 S. 6). Ausserdem setzte sich Dr. med. D. _____ im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und schlüssig begründet mit den sog. Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 auseinander (vgl. act. II 85.3 S. 15 ff.). Die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung ist daher nicht anzuzweifeln. Auf die Gutachten der Dres. med. C. _____ und D. _____

vom 13. März 2020 (inkl. interdisziplinärer Beurteilung; act. II 85.2 f., 102) ist daher abzustellen.

3.3.1 Soweit der Beschwerdeführer – namentlich unter Verweis auf die von ihm im Vorbescheidverfahren eingereichte Stellungnahme der Dr. med. L._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Psychosomatischen Medizin des Spitals H._____, vom 19. Mai 2020 – das gutachterlich ermittelte Zumutbarkeitsprofil kritisiert (Beschwerde S. 4 f.), kann dem nicht gefolgt werden. Diese Ärztin vermag als Internistin keine Aspekte aus dem Fachbereich der Psychiatrie zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung von den Experten 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), was der RAD-Arzt Dr. med. M._____, Facharzt für Arbeitsmedizin, in seinem Bericht vom 8. September 2020 (act. II 100) zutreffend festhält. Vielmehr verweist Dr. med. L._____, wie bereits im Bericht der Psychosomatischen Medizin des Spitals H._____ vom 7. November 2019 (act. II 76 S. 3), auf die erhebliche Mitbeteiligung von psychosozialen Belastungsfaktoren, welche jedoch nicht unter den invalidenversicherungsrechtlichen Begriff des Gesundheitsschadens fallen (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. mit Hinweis auf BGE 131 V 49 und 127 V 294 E. 5a S. 299) und daher hier nicht zu berücksichtigen sind.

3.3.2 Was sodann den im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Bericht der Klinik N._____ vom 9. Dezember 2020 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4) über die stationäre Behandlung vom 15. September bis 21. Oktober 2020 anbelangt, ist vorab darauf hinzuweisen, dass dieser einen Zeitraum nach der hier angefochtenen Verfügung vom 11. September 2020 (act. II 103) betrifft und daher grundsätzlich unbeachtlich ist (BGE 144 V 224 E. 6.1.1 S. 232). Abgesehen davon werden darin keine wesentlichen Befunde genannt, die nicht schon den begutachtenden Experten bekannt waren. Trotz der von den behandelnden Ärzten diagnostizierten rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, befindet sich der Beschwerdeführer nach wie vor in keiner psychiatrischen Behandlung; eine entsprechende fachärztliche Behandlung wurde auch nicht eingeleitet (act. I 4 S.1 und 6), was mithin gegen einen erheblichen Leidensdruck spricht. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass bereits im –

nicht unterzeichneten – Bericht des Neurozentrums (Psychosomatische Medizin) des Spitals H._____ vom 7. November 2019 (act. II 76) (fachfremd) eine schwere depressive Episode diagnostiziert wurde. Diesbezüglich hat Dr. med. D._____, wie zuvor ausgeführt (vgl. E. 3.3 hiervor), nachvollziehbar dargelegt, dass eine eigenständige psychische Störung nicht vorliegt, da der Beschwerdeführer nie an depressiven Episoden gelitten bzw. bestimmte Gründe zur seelischen Krise geführt und die Behandlung relativ rasch eine Verbesserung erbracht hat (act. II 85.3 S. 14). Schliesslich ergibt sich auch aus den Ausführungen der Behandler der Klinik N._____, dass erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren bestehen (unklare berufliche Perspektive mit Existenz- und Zukunftsangst, familiäre Situation) und diese einen negativen Einfluss auf das Gesamtbefinden haben. Damit sind diese Faktoren – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 6) – durchaus massgeblich für das hier zur Diskussion stehende Beschwerdebild und haben, wie ebenfalls zuvor ausgeführt (vgl. 3.3.1 in fine hiervor), unberücksichtigt zu bleiben.

3.4 Zusammenfassend ist gemäss den beweiskräftigen gutachterlichen Einschätzungen erstellt, dass seit dem 15. August 2017 (Rückenoperation) belastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar sind. In vollem Umfang zumutbar sind hingegen körperlich leicht- bis mittelgradig wechselbelastende Arbeiten in einem temperierten Raum; dies ausgenommen in den kurzen, jeweils nicht drei Monate dauernden Phasen (vgl. E. 4.2 hiernach) betreffend die Rückenoperation vom 15. August 2017, die Magenbypass-Operation vom 22. Dezember 2017 (beide vor dem frühestmöglichen Rentenbeginn im September 2018 [vgl. nachfolgend E. 4.2]), die Rückenoperation vom 18. Oktober 2018 und die psychische Krise im Oktober/November 2019 mit jeweils vorübergehender (vollständiger) Arbeitsunfähigkeit.

Der medizinische Sachverhalt erweist sich als hinreichend abgeklärt, so dass in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) auf weitere Abklärungen – namentlich auch die beschwerdeweise beantragte Einholung eines gerichtlichen Gutachtens (Beschwerde S. 2 und 7) – verzichtet werden kann.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

4.1.1 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).

4.1.2 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 den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

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 Ein-

schränkung, 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 (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

4.2 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 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Frühest möglicher Rentenbeginn ist mit Blick auf die gutachterlich – aufgrund der somatischen Beschwerden – seit der Rückenoperation vom 15. August 2017 postulierte Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten, welche körperlich belastender als leichte bis gelegentlich mittelschwere sind (act. II 85.2 S. 16), sowie im Lichte der im März 2018 (act. II 2) erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug, der September 2018 (Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen. Die danach eingetretenen gesundheitlichen Veränderungen (Rückenoperation vom 18. Oktober 2018 mit einer Arbeitsunfähigkeit von rund zweieinhalb Monaten [act. II 85.2 S. 16]; psychische Störung/Krise vom Sommer 2019 mit Arbeitsunfähigkeit in den Monaten Oktober und November 2019 [act. II 85.3 S. 14, 18]) sind aus revisionsrechtlicher Hinsicht nicht zu berücksichtigen, da es sich bloss um solche vorübergehender Natur handelte, welche nach weniger als drei Monaten wieder dahingefallen sind (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

4.3 Der Beschwerdeführer hat keine Berufsausbildung (act. II 2, 85.2 S. 2, 85.3 S. 7) und arbeitete zuletzt bei der O._____ als ... bzw. .../.... Diese Anstellung wurde aus gesundheitlichen Gründen durch die Arbeitge-

berin gekündigt (act. II 17 S. 2). Es bestehen keine Anhaltspunkte in den Akten, dass er im massgebenden Zeitpunkt des potentiellen Rentenbeginns im September 2018 als Gesunder überwiegend wahrscheinlich bei einer anderen Arbeitgeberin oder in einem anderen Tätigkeitsbereich beschäftigt gewesen wäre. Hinsichtlich des Valideneinkommens ist damit auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin abzustellen, wonach der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden im Jahr 2018 ein Jahreseinkommen von Fr. 54'249.-- verdiente hätte (act. II 17 S. 4).

4.4 Da der Beschwerdeführer seine zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen praxisgemäss gestützt auf die Tabellenlöhne (LSE 2018) zu ermitteln (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Ausgehend von der Tatsache, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit vollschichtig arbeitsfähig ist (vgl. E. 3.3 und 3.4 hiervor), ist das Invalideneinkommen gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1, Tabelle TA1_tirage_skill_level, festzulegen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt Fr. 5'417.--. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BfS, BUA, Total) resultiert ein Einkommen von Fr. 67'767.-- (Fr. 5'417.-- / 40 x 41.7 x 12). Es kann offen bleiben, ob zusätzlich ein leidensbedingter Abzug (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 berücksichtigen ist, denn selbst wenn der Abzug vom Tabellenlohn auf das höchst zulässige, hier jedoch nicht gerechtfertigte Mass von 25 % festgelegt würde, käme diesem keine anspruchentscheidende Bedeutung zu (vgl. E. 4.5 hier-nach).

Die Eingliederungsmassnahmen betreffend sind solche nicht gerechtfertigt. Eine verbesserte oder neu festgestellte Arbeitsfähigkeit ist grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Februar 2020 9C_473/2019, E. 5.2.1). Das vorliegend gutachterlich attestierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.3 und 3.4 hiervor) ist nicht derart eingeschränkt, dass eine entsprechende Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt kaum vorhanden wäre oder dass eine solche nur durch unrealistisches Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre. Vielmehr sind auf dem ausgegli-

chenen Arbeitsmarkt körperlich leicht- bis mittelgradig wechselbelastende Tätigkeiten, insbesondere leichtere Kontroll-, Überwachungs- oder administrative Tätigkeiten und dergleichen, vorhanden (vgl. Entscheide des BGer vom 23. Juli 2010, 8C_300/2010, E. 4.2, und vom 20. April 2018, 9C_833/2017, E. 4). Inwiefern sich in einer solchen die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auswirken sollten, zeigt er weder auf noch ist es ersichtlich. Die Anstellungschancen des Beschwerdeführers sind demnach als intakt zu erachten. Dies gilt umso mehr, als der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit erhebliches Gewicht zukommt, denn diese liegt in einer leidensangepassten leicht- bis mittelgradig wechselbelastenden Tätigkeit bei 100 % ohne weitere Einschränkungen der Leistungsfähigkeit (act. II 85.2 S. 16, 85.3 S. 18). Des Weiteren ergibt sich aus der Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers, dass durchaus eine gewisse Vielseitigkeit und Anpassungsfähigkeit vorhanden ist. So war der Beschwerdeführer nach seiner Einreise in die Schweiz in verschiedenen Bereichen erwerbstätig (... [...] in verschiedenen ..., ..., Mitarbeiter .../... in der ... [allg. ..., ..., ..., ...], ... und .../...; act. II 22 S. 4, 17 S. 3).

4.5 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen (Valideneinkommen von Fr. 54'249.-- und Invalideneinkommen von Fr. 67'767.--) resultiert – soweit kein leidensbedingter Abzug gewährt wird – keine Erwerbseinbusse bzw. ein Invaliditätsgrad von 0 %, was einen Rentenanspruch ausschliesst (vgl. E. 2.2 hiervor). Würde bei der Berechnung des Invalideneinkommens der – zu hohe – maximal zulässige Abzug gewährt (vgl. E. 4.4 hiervor), resultierte ein ebenfalls nicht zu einem Rentenanspruch berechtigender Invaliditätsgrad von gerundet 6 % ($\{Fr. 67'767.-- \times 0.75\} / Fr. 54'249.-- \times 100$; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123).

4.6 Nach dem Dargelegten ist die Verfügung vom 11. September 2020 (act. II 103) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 82a ATSG) 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 in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. 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.