

200 21 394 IV
JAP/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. September 2021

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiber Lüthi

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. Mai 2021



Sachverhalt:

A.

Der 1969 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Mai 2019 unter Hinweis auf Fusschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, insbesondere holte sie die Akten des Krankentaggeldversicherers (act. II 19), Berichte der behandelnden Ärzte (act. II 39 ff.) und eine Aktenbeurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 62) ein. Mit Vorbescheid vom 8. Februar 2021 (act. II 67) stellte sie dem Versicherten bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 15 % die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 69, 74) und Rücksprache mit dem RAD (act. II 81) verneinte die IVB mit Verfügung vom 14. Mai 2021 (act. II 82) entsprechend dem Vorbescheid einen Rentenanspruch.

B.

Mit Eingabe vom 27. Mai 2021 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B._____, Beschwerde. Er stellte folgende Anträge:

1. Es sei die Verfügung vom 14. Mai 2021 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese den Beschwerdeführer unter Beachtung der Mitwirkungsrechte polydisziplinär begutachtet und anschliessend über den Rentenanspruch neu verfügt.
Eventualiter habe das Verwaltungsgericht des Kantons Bern den Beschwerdeführer im hängigen Gerichtsverfahren polydisziplinär abklären zu lassen und anschliessend die Frage des Rentenanspruchs zu entscheiden.
2. Es sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 25. Juni 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 20. Juli 2021 bzw. Duplik vom 23. August 2021 hielten die Parteien an ihren Standpunkten fest.

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 14. Mai 2021 (act. II 82). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und dabei insbesondere, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde.

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 Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 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).

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 Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 2. Juli 2019 (act. II 22 S. 1 f.) den Verdacht auf ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS [Complex Regional Pain Syndrome]) nach Talusinsuffizienzfraktur rechts und einen Pes cavovarus. Es zeige sich eine leichte Besserung sowohl klinisch als auch radiologisch. Eine Verlaufskontrolle sei im August beim Hausarzt vorgesehen, bis dahin sei der Beschwerdeführer noch zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, da eine sitzende oder teilzeitliche Tätigkeit im Betrieb bislang nicht möglich sei.

3.1.2 Im Bericht der Klinik D._____, Spital E._____, vom 27. November 2019 (act. II 43 S. 5-8) wurden als Diagnosen ein Spongiosaödem/Osteonekrose der lateralen Femurkondyle rechts und Fuss rechts und ein Verdacht auf eine monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS) vom Typ IgG kappa erwähnt (S. 5). Die Budapest-Kriterien zur Diagnose eine CRPS seien mit zwei Anamnese- und zwei Untersuchungspunkten nicht erfüllt. Die ätiologischen Abklärungen bezüglich der Osteonekrose seien unauffällig gewesen; Hinweise für eine entzündliche rheumatische Erkrankung hätten sich nicht ergeben (insbesondere nicht für einen systemischen Lupus erythematodes). Das Antiphospholipidscreening sei negativ gewesen.

3.1.3 Am 18. Dezember 2019 nannten die Behandler der Klinik F._____, Spital E._____, als Diagnose ein transientes Knochenmarködem laterale Femurkondyle rechts (act. II 40 S. 7). Klinisch zeige sich eine deutliche Regredienz des transienten Knochenmarködems. Der schrittweise Übergang auf Vollbelastung sei angezeigt (act. II 40 S. 8).

3.1.4 Im Bericht der Klinik G._____, Spital E._____, vom 20. Dezember 2019 (act. II 39 S. 2 ff.) wurden ein Smoldering Multiples Myelom (SMM) vom Typ IgG kappa (Erstdiagnose [ED] November 2019), ein Spongiosaödem/Osteonekrose der lateralen Femurkondyle rechts und Fuss rechts (S. 2), eine arterielle Hypertonie, eine Hypercholesterinämie und ein Nikotinabusus ca. 20 pack-years (py) diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei von hämatologischer Seite beschwerdefrei. B-Symptome würden klar verneint, ebenfalls bestünden keine Infektneigung, keine Blutungen, keine gastrointestinalen Beschwerden und keine neurologischen Beschwerden, insbesondere keine Polyneuropathie. Klinisch und in den durchgeführten Untersuchungen fänden sich keine Organschäden oder M-Protein- vermittelte Störungen. Im am 29. November 2019 durchgeführten Ganzkörper-MRI hätten sich keine Osteolysen gezeigt. Aktuell bestehe keine Therapieindikation. Nebenbefundlich habe sich im Ganzkörper-MRI eine Raumforderung im Kolonbereich gefunden. Eine Kolonoskopie mit Abtragung habe bereits stattgefunden (S. 3).

3.1.5 In der gutachterlichen Konsensbeurteilung der H._____ (MEDAS), vom 4. Februar 2020 (act. II 31 S. 3 ff.) wurde zuhanden des Taggeldversicherers festgehalten, in Zusammenfassung des rheumatologischen und psychiatrischen Gutachtens sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit rheumatologisch derzeit mit 0 %, in angepassten Tätigkeiten (leichter Tätigkeit mit Arbeiten ohne Heben und Tragen sowie ständig im Sitzen, gelegentlich im Stehen; vgl. S. 38) mit 100 % zu bewerten. Eine nochmalige Prüfung der Arbeitsfähigkeit sollte in vier Monaten erfolgen. Psychiatrisch ergebe sich keine Minderung der Arbeitsfähigkeit (S. 3). Im psychiatrischen Gutachten führte Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, aus, es bestehe kein Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit limitierende psychiatrische Erkrankung (S. 12, 14). Im rheumatologischen Gutachten diagnostizierte Dr. med. J._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Praktischer Arzt, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein CRPS im Bereich des rechten Kniegelenks am ehesten nach spontanen Insuffizienzfrakturen des rechten Fusses, ein Spongiosaödem/Osteonekrose der lateralen Femurkondyle rechts unklarer Ätiologie und einen Status nach ausgedehnten Spongiosaödemen in Tibia, Talus, Os cuboideum und Os cuneiforme late-

rale am ehesten nach spontanen Insuffizienzfrakturen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine MGUS vom Typ IgG kappa und eine Adipositas Grad I (S. 36).

3.1.6 Am 10. Februar 2020 berichtete die Klinik D._____, Spital E._____, es zeige sich eine langsame, jedoch stetige Besserung. Auch aktuell lägen keine Hinweise auf eine autoimmune entzündliche/rheumatische Erkrankung vor. Die Abklärungen der Hämatologen hätten ein SMM vom Typ IgG kappa ergeben, aktuell expektatives Vorgehen. Eine Kausalität mit der Osteonekrose am rechten Knie erscheine eher unwahrscheinlich. Der Ganzkörper-MRI-Befund habe keine Hinweise auf Osteolysen gezeigt (act. II 43 S. 3).

3.1.7 Die Behandler der Klinik K._____, Spital E._____, diagnostizierten im Bericht vom 20. Februar 2020 (act. II 41) eine nicht alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD, DD nicht alkoholische Steatohepatitis [NASH]; S. 1). Klinisch bestehe ein stabiler Zustand. Laborchemisch zeigten sich weiterhin erhöhte Leberwerte, die im Rahmen einer Steatosis hepatis interpretiert würden, wobei erhöhte Ferritin- und M30-Apoptosemarker-Werte auf eine mögliche NASH hinwiesen. Klinisch und laborchemisch gebe es keinen Anhalt für eine virale oder Autoimmunhepatitis (S. 3).

3.1.8 Im Bericht der Klinik F._____, Spital E._____, vom 5. März 2020 (act. II 40 S. 1 f.) wurde als Diagnose ein Status nach transientem Knochenmarködem lateraler Femurkondyle rechts, DD beginnende Osteochondrose, genannt. MR-diagnostisch bestehe ein stationärer Befund im Vergleich zum Dezember 2019 ohne neues Auftreten eines Knochenmarködems (S. 1). Ebenfalls bestehe ein stationärer Befund der anteromedialen Femurkondyle am ehesten einer intraossären Zyste entsprechend ohne perifokale Entzündungszeichen, DD Enchondrom. Korrespondierend zu diesem Befund bestehe weiterhin eine mässige Druckdolenz. Ansonsten sei der Gelenkstatus unauffällig. Per sofort sei auf Vollbelastung überzugehen (S. 2).

3.1.9 Im Bericht der Klinik G._____, Spital E._____, vom 25. Mai 2020 (act. II 49 S. 3 ff.) wurde ausgeführt, zusammenfassend fände sich

klinisch und laborchemisch ein stabiler Verlauf des SMM, insbesondere seien die CRAB-Kriterien (Calcium/Renal insufficiency/Anaemia/Bone lesions) nicht erfüllt, paraproteinassozierte Phänomene oder auch neue Knochenschmerzen, welche eine erneute Standortbestimmung mit sich ziehen würden, lägen nicht vor. Aktuell bestehe bezüglich des SMM keine Therapieindikation (S. 4).

3.1.10 Der Hausarzt Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erwähnte im Bericht vom 7. Juni 2020 (49 S. 1 f.), der Gesundheitszustand habe sich gebessert. Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten ein Status nach transientem Knochenmarködem des lateralen Condylus femoris rechts (DD beginnende Osteonekrose), ein Status nach ausgedehnten Spongiosaödemen in Tibia, Talus, Fusswurzelknochen (DD Insuffizienzfrakturen) und der zeitweise Verdacht auf ein sich ausweitendes CRPS Typ 1 nach mutmasslicher Insuffizienzfraktur im rechten Talushals. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Es bestünden belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen im rechten Knie. Stehende und gehende Arbeiten könnten im Moment schmerzbedingt noch nicht durchgeführt werden. Sitzende Tätigkeiten seien zumindest anfänglich (ab August 2020) in einem reduzierten Pensum von 50 % zumutbar, später je nach Verlauf der Erkrankung in einem normalen Pensum, d.h. zu 100 % (S. 2).

3.1.11 Dr. med. M._____, Facharzt für Rheumatologie, nannte im Bericht vom 6. November 2020 (act. II 60 S. 2 f.) als Diagnosen eine Osteonekrose des lateralen Femurcondylus rechts sowie am Fuss rechts, ein Multiples Myelom (MM) Typ IgG kappa und eine NAFLD. Unter konservativen Therapiemassnahmen habe sich innerhalb der letzten Monate doch zunehmend eine Verbesserung der muskuloskelettalen Beschwerden gezeigt. Die Ursache der Osteonekrosen sei unklar. Im Sinne einer Ausschlussdiagnose müsse von einer idiopathischen Genese ausgegangen werden. Sicherlich könne eine Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatologischen Formenkreis ausgeschlossen werden. Auch die hämato-onkologische Erkrankung des MGUS sei "hochwahrscheinlich" nicht für die aktuellen Beschwerden ursächlich. Hinweise für eine Algodystrophie im Sinne eines CRPS liessen sich zumindest momentan weder am Kniegelenk

noch über dem Fuss rechts dokumentieren. Empfohlen werde eine zunehmende Belastungssteigerung am Knie und Fuss rechts. Insofern sei auch die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit, zumindest in einem Pensum zwischen 20-25 % ohne körperlich strenge Belastung, gegeben. Im Verlauf sollte zumindest aus rheumatologischer Sicht eine Steigerung möglich sein (S. 3).

3.1.12 Im Bericht der Klinik K._____, Spital E._____, vom 24. November 2020 (act. II 59 S. 2-4) wurden eine metabolisch assoziierte Fettlebererkrankung (MAFLD), ein SMM vom Typ IgG kappa und ein Spongiosaödem (DD Osteonekrose) des lateralen Femurkondylus rechts und Fuss rechts diagnostiziert (S. 2). Aufgrund der Osteonekrose am Fuss sei eine körperliche Aktivität nur sehr eingeschränkt möglich. Leberspezifische Beschwerden würden verneint. Elastographisch zeige sich eine deutlich regrediente Stiffness sowie eine regrediente Steatose. Sonographisch zeige sich keine fokale Läsion. Laborchemisch fänden sich normwertige Transaminasen sowie eine erhaltene Lebersynthesefunktion. Es bestehe bei gelungenem Gewichtsverlust ein sehr erfreulicher Verlauf der MAFLD (S. 4).

3.1.13 In der RAD-Aktenbeurteilung vom 10. Dezember 2020 (act. II 62) führte Dr. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein SMM vom Typ IgG kappa (ED November 2019), eine Osteonekrose/Condylusnekrose lateraler Femur rechtes Kniegelenk (ED Oktober 2019), einen Status nach Talusinsuffizienzfraktur rechter Talushals/DD Nekrose (ED Dezember 2018) und eine Adipositas (Februar 2020 Body-Mass-Index 31 kg/m²) auf. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien laut Aktenlage ein rezidivierendes thorakales Druckgefühl, eine chronische Hepatopathie mit fortgeschrittener Leberfibrose bei NAFLD, eine arterielle Hypertonie, eine Hypercholesterinämie (ED 2013), ein Nikotinabusus bis ca. 2008 (kumulativ 15 py), eine leichte Hyperurikämie und ein Pes cavovarus (S. 12). Zusammengefasst sei es im bisherigen Verlauf aufgrund der objektiven Befunde zu einer Verbesserung der Situation am rechten Bein mit deutlichem Rückgang der bildgebenden Befunde gekommen. Auch habe die hämatologische und rheumatologische Abklärung zum einen keine Notwendigkeit einer aktuellen Therapie des SMM gezeigt und zum anderen werde rheumatologisch

eine zunehmende Verbesserung der Beschwerdesymptomatik beschrieben mit noch Restbeschwerden vor allem unter starken körperlichen Belastungen und Verschwinden der Nacht- bzw. Ruheschmerzen. Eine entzündlich-rheumatologische Ursache sei ausgeschlossen worden und es werde von einer idiopathischen Genese ausgegangen. Ein CRPS sei in der aktuellen Untersuchung ausgeschlossen worden. Die Fettleber, die unter einer Gewichtsreduktion deutlich rückläufig gewesen sei, sei funktionell nicht relevant. Aufgrund der aktuellen objektiven Befunde sei eine optimal angepasste Tätigkeit zumutbar (S. 13). Zumutbar seien körperlich leichte bis ausnahmsweise mittelschwere Tätigkeiten in wechselbelastender bzw. vorwiegend sitzender Position mit einer Gewichtsbelastung von maximal 10(-15) kg ganztags über 8.5 Stunden ohne weitere Leistungsminderung. Zu vermeiden seien vorwiegendes Stehen und Gehen, Zwangshaltungen, Arbeiten in gebückter Haltung, Hocken und Knien, Gehen auf unebenem Gelände, längeres Abwärtsgehen, Hinunterspringen, Steigen auf Leitern und Gerüste, häufiges Treppensteigen sowie Kälte-, Nässe- und Zugluftexpositionen. Dieses Zumutbarkeitsprofil gelte ab Mitte Dezember 2019. Die Befunde/Einschätzung sei(-en) mit dem RAD-Orthopäden Dr. med. O._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, besprochen worden (S. 14). Am 11. Mai 2021 bestätigte Dr. med. O._____, dass die RAD-Stellungnahme von Dr. med. N._____ vom 10. Dezember 2020 mit ihm seinerzeit ausführlich diskutiert und im Konsens erstellt worden sei (act. II 81).

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 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. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in medizinischer Hinsicht in der angefochtenen Verfügung vom 14. Mai 2021 (act. II 82) auf die RAD-Aktenbeurteilung der Dres. med. N. _____ und O. _____ vom 10. Dezember 2020 (act. II 62). Diese erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.2 hiervor). Dass die RAD-Ärzte auf eine klinische Untersuchung verzichteten, ist nicht zu beanstanden, ging es doch sehr wohl um eine Beurteilung eines feststehenden Gesundheitsschadens (Beschwerde S. 4 und 6 Ziff. III Ziff. 8.2.1 und 8.2.3). Es ist unbestritten und aktenmässig ausgewiesen, dass kein relevanter psychischer Gesundheitsschaden besteht. Weder der psychiatrische Gutachter der MEDAS noch der Hausarzt stellte einen Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit limitierende psychiatrische Erkrankung fest. Der Beschwerdeführer befindet sich denn auch nicht in einer entsprechenden Behandlung (act. II 31 S. 12 ff. Ziff. 4, 31 S. 14 Ziff. 4.1, 49 S. 1 f. Ziff. 7 und 12 f.). Das diagnostizierte SMM (act. II 39 S. 2 Ziff. 1) ist per definitionem asymptomatisch und durch eine fehlende Endorganschädigung gekennzeichnet (vgl. BAUER-MELNYK/D'ANASTASI/PFAHLER et al. in: CHRISTIAN STRAKA [Hrsg.], Multiples Myelom, 5. Auflage. 2017, S. 67; HAFERLACH/HAFERLACH/KERN et al., Labordiagnostik in der Hämatologie, 2010, S. 64). Die behandelnden Ärzte bestätigen von hämato-onkologischer Seite her denn auch eine Beschwerdefreiheit und fehlende Therapieindikation (act. II 39 S. 3, 49 S. 4). Des Weiteren liegt auch auf dem hepatologischen Fachgebiet keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor, verursachte die NAFLD bzw. MAFLD (act. II 41 S. 1 Ziff. 1, 42, 59 S. 2 Ziff. 1, 60 S. 2 Ziff. 3) nach eigenen Angaben des Beschwerdeführers doch keine leberspezifischen Beschwerden (act. II 41 S. 2, 59 S. 4). Die im Ganzkörper-MRI nebenbefundlich erhobene Raumforderung im Kolonbereich (act. II 39 S. 3 f.) erwies sich als Darmpolyp und konnte abgetragen werden (act. II 43 S. 3). Es verbleiben damit Beschwerden aus dem orthopädischen und rheumatologischen Fachgebiet, weshalb sich eine polydisziplinäre Begutachtung erübrigte (Beschwerde S. 4 ff. Ziff. III Ziff. 8.1, 8.2.3 und 8.3.1). Schliesslich war die objektive Befundlage in Bezug auf die Knie- und Fussbeschwerden durch die verschiedenen Berichte der behandelnden Ärzte hinreichend dokumentiert. Auf die Aktenbeurteilung des RAD vom 10. Dezember 2020 ist

folglich abzustellen. Daran vermögen die (weiteren) Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern.

3.3.1 Die Beurteilung des RAD-Allgemeininternisten Dr. med. N._____ vom 10. Dezember 2020 (act. II 62) wurde mit dem RAD-Orthopäden Dr. med. O._____ besprochen und im Konsens erstellt, was der Letztere in der Aktennotiz vom 11. Mai 2021 (act. II 81) bestätigt. Dies kommt einer Visierung des Berichts von Dr. med. N._____ durch Dr. med. O._____ gleich, was im Rahmen der Beweiswürdigung für den Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse genügt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Dezember 2016, 8C_309/2016, E. 4.3 mit weiteren Hinweisen). Im Übrigen wurde die besagte Aktennotiz, welche noch vor Verfügungserlass verfasst wurde, dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren zur Kenntnis gebracht (vgl. prozessleitende Verfügung vom 21. Juli 2021), womit er im Rahmen seines unbedingten Replikrechts dazu hätte Stellung nehmen können (vgl. RENÉ WIEDERKEHR, Öffentliches Verfahrensrecht, 2016, S. 35 Rz. 74). Eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Verwaltung (Replik S. 2 f. Ziff. 1 f.) wöge nicht schwer und gälte als geheilt (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2019 IV Nr. 65 S. 210 E. 4.3).

3.3.2 Die Beurteilung der Dres. med. N._____ und O._____ ist nachvollziehbar und schlüssig. Es bestehen keine divergierenden Arztberichte, die geeignet wären, auch nur geringe Zweifel an den überzeugenden Schlussfolgerungen der RAD-Ärzte zu begründen. Das ursprünglich als blosser Verdachtsdiagnose von Dr. med. C._____ in Betracht gezo-gene und vom sachverständigen Dr. med. J._____ zuhanden des Krankentaggeldversicherers "mit hinreichender Wahrscheinlichkeit" postulierte CRPS (act. II 16 S. 1, 22 S. 1, 31 S. 36 Ziff. 4.1) konnte seitens des Spitals E._____ unter Prüfung der Budapest-Kriterien nicht bestätigt werden (act. II 43 S. 4, 43 S. 5 Ziff. 1 Lemma 1, 43 S. 6). Auch Dr. med. M._____ stellte am 6. November 2020 keine Hinweise für ein CRPS (weder am Kniegelenk noch über dem Fuss rechts) fest (act. II 60 S. 3). Die RAD-Ärzte formulierten ein differenziertes Zumutbarkeitsprofil für leidensadaptierte Tätigkeiten und die ab Mitte Dezember 2019 attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit korreliert mit der übrigen medizinischen Aktenlage. Das

MRI vom 17. Dezember 2019 zeigte einen praktisch vollständigen Rückgang des Knochenmarködems und seitens der Klinik F. _____ des Spitals E. _____ wurde gestützt auf die gleichentags durchgeführte Sprechstunde ein schrittweiser Übergang zur Vollbelastung empfohlen und der Fallabschluss kommuniziert (act. II 40 S. 7 f.). Auch der Experte der MEDAS Dr. med. J. _____ ging von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus (act. II 31 S. 38 Ziff. 9). Weil sich die nachträglich eingeholten Berichte insbesondere bezüglich der hämatologischen Abklärungsergebnisse (act. II 37, 46) letztlich als nicht entscheidungswesentlich herausstellten, wirkte sich die diesbezüglich unvollständige Aktenlage im Zeitpunkt der Begutachtung nicht aus (Replik S. 4 Ziff. 4). Auf die Einschätzung des Hausarztes Dr. med. L. _____, wonach eine leidensadaptierte Tätigkeit (erst) im August 2020 und mit reduziertem Pensum aufgenommen werden könnte (act. II 49 S. 2 Ziff. 14), kann nicht abgestellt werden. Er begründet nicht, weshalb die Präsenzzeit oder das Rendement für sitzende Tätigkeiten, welche er als zumutbar erachtete, eingeschränkt sein soll, vielmehr erklärte er gleichzeitig, lediglich stehende und gehende Arbeiten könnten im Moment schmerzbedingt noch nicht durchgeführt werden. Sodann gab er in seiner Stellungnahme vom 13. September 2020 (act. II 51) einzig die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers wieder und hielt ausdrücklich fest, dass er keine verbindlichen Angaben zur Arbeitsfähigkeit machen könne. Mit Blick darauf vermag auch die kurze Zeit später im Zeugnis vom 21. September 2020 (act. II 56 S. 2) bescheinigte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit keine Zweifel an der RAD-Beurteilung zu wecken, zumal diese ebenfalls nicht begründet ist (vgl. E. 3.2 hiervor). Schliesslich steht auch der Konsiliarbericht des Dr. med. M. _____ vom 6. November 2020 (act. II 60 S. 2 f.) der RAD-Beurteilung nicht entgegen. Zwar empfahl dieser die Wiederaufnahme der Arbeit in einem Pensum von 20-25 %, gleichzeitig machte er jedoch klar, dass die Restbeschwerden am Fuss und im Kniegelenk vor allem bei körperlich starken Belastungen aufträten, hingegen kein Nacht-/Ruheschmerz bestehe. Vor diesem Hintergrund fehlt eine nachvollziehbare Begründung, weshalb das Pensum funktionell oder schmerzbedingt in einer optimal angepassten Tätigkeit reduziert sein soll.

3.3.3 Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er habe im Vorbescheidverfahren Berichte seiner behandelnden Ärztinnen und Ärzte einholen und anschliessend der Beschwerdegegnerin einreichen wollen, die Beschwerdegegnerin habe ihm aber die Frist zur Einreichung "verweigert" (Replik S. 4 Ziff. 5), ist ihm nicht zu folgen. Die 30tägige Frist zum Vorbringen von Einwänden gegen den Vorbescheid i.S.v. Art. 57a Abs. 3 IVG ist seit 1. Januar 2021 als gesetzliche und damit nicht erstreckbare Frist ausgestaltet (vgl. BBI 2018 1648, vgl. zur Rechtslage bis Ende 2020 dagegen BGE 143 V 71). Inwiefern der Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang eine Verletzung des Grundsatzes von Treu und Glauben (Art. 9 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) oder des Prinzips der Waffengleichheit i.S.v. Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) und Art. 29 BV vorzuwerfen wäre, ist nicht ersichtlich. Dem Beschwerdeführer wäre es im Übrigen unbenommen gewesen, allfällige weitere Beweismittel im Beschwerdeverfahren ins Recht zu legen, worauf er jedoch verzichtete.

3.4 Nach dem Ausgeführten ist der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Da bei dieser Ausgangslage von weiteren medizinischen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten bzw. diese unnötig sind, kann in antizipierter Beweiswürdigung auf zusätzliche Erhebungen, namentlich die beantragte polydisziplinäre Begutachtung (Beschwerde S. 2 [Anträge Ziff. 1], Replik S. 7 Ziff. 7) verzichtet werden (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). Es ist damit erstellt, dass in somatischer Hinsicht in einer angepassten körperlich leichten bis ausnahmsweise mittelschweren Tätigkeit in wechselbelastender bzw. vorwiegend sitzender Position mit einer Gewichtsbelastung von maximal 10(-15) kg seit Mitte Dezember 2019 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % besteht (act. II 62 S. 14). Mangels einer psychiatrischen Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bzw. einer Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (act. II 31 S. 12. Ziff. 4, 31 S. 14 Ziff. 4 und 5, 49 S. 1 f. Ziff. 3 und 12 f.) erübrigt sich die Vornahme einer Indikatorenprüfung im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. hierzu BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Auf dieser Grundlage ist nachstehend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

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 (leidens-

bedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem 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). Unter Berücksichtigung der ab 11. Dezember 2018 attestierten Arbeitsunfähigkeit (in der angestammten Tätigkeit; act. II 6, 7 Ziff. 4, 8 S. 2, 16 S. 4, 21 S. 5 Ziff. 2.14, 22 S. 2) und der Anmeldung zum Leistungsbezug im Mai 2019 (act. II 1 S. 10) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (Wartezeit) i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG (Karenzfrist von sechs Monaten) auf Dezember 2019 (vgl. auch Beschwerde S. 9 Ziff. III 9.4.3). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

4.3 Es ist davon auszugehen, dass der ungelernte Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin bei der P. _____ AG angestellt wäre, arbeitete er doch seit April 2005 in einem 100 %-Pensum als ... dort (act. II 1 S. 5 f. Ziff. 5.3 f. und 7, 7 Ziff. 3, 15 S. 3, 20 S. 2, 21 S. 2 f.). Anhaltspunkte, wonach er im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns als Gesunder überwiegend wahrscheinlich bei einer anderen Arbeitgeberin oder in einem anderen Tätigkeitsbereich beschäftigt gewesen wäre, sind nicht ersichtlich. Hinsichtlich des Valideneinkommens ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin abstellte, wonach der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden im Jahr 2019 einen (AHV-pflichtigen) Lohn von Fr. 5'555.--

pro Monat bzw. Fr. 72'215.-- pro Jahr (Fr. 5'555.-- x 13 Mt.) verdiente hätte (act. II 21 S. 3 Ziff. 2.10, act. II 82 S. 2). Und selbst wenn mit dem Beschwerdeführer das Valideneinkommen ausgehend vom Lohnausweis pro 2018 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4) zu berechnen wäre (Beschwerde S. 10 Ziff. III Ziff. 10; Replik S. 5 Ziff. 6), änderte sich im Ergebnis nichts (vgl. E. 4.4 hiernach). Hierbei hätte die zusätzlich zum Lohn von Fr. 80'427.-- ausgerichtete und im Lohnausweis unter der Rubrik "Unregelmässige Leistungen" aufgeführte "Einmalige Prämie" in der Höhe von Fr. 4'620.-- unberücksichtigt zu bleiben. Aufgrund der Einmaligkeit der Leistung ist gerade nicht erstellt, dass diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch künftig, mithin im Jahr 2019 ausbezahlt worden wäre (vgl. auch Duplik S. 2), womit das Valideneinkommen höchstens bei Fr. 80'824.-- (Fr. 80'427.-- / 101.2 x 101.7 [Tabelle T.1.1.15, Nominallohnindex, Männer, NOGA-Wirtschaftszweig Ziff. 10-33, Indices 2018 bzw. 2019]) läge.

Der Beschwerdeführer verwertet seine zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3.4 hiervor) nicht, weshalb das Invalideneinkommen praxisgemäss gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE (2018) zu ermitteln ist (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 basierend auf dem Total des Kompetenzniveaus 1, Tabelle TA1_tirage_skill_level, festzulegen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Männer beträgt Fr. 5'417.--. Aufgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit {BUA} 2019, Total]) und aufindexiert auf das Jahr 2019 (BFS, Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer 2016-2019, Total, Indices 2018 bzw. 2019) sowie unter Berücksichtigung des von der Beschwerdegegnerin gewährten Tabellenlohnabzugs von 10 % (wobei fraglich ist, ob dieser bei vollständiger Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit überhaupt gerechtfertigt ist; vgl. zur Kürzung von Tabellenlöhnen BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3) resultiert ein Invalideneinkommen von mindestens Fr. 61'531.-- (Fr. 5'417.-- x 12 Mt. / 40 h x 41.7 h / 101.5 x 102.4 x 0.9).

4.4 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt sich ein aufgerundeter und rentenausschliessender (vgl. E. 2.2 hiervor) Invaliditätsgrad von 15 % ($[\text{Fr. } 72'215.-- \text{ / Fr. } 61'531.--] / \text{Fr. } 72'215.-- \times 100$; zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1). Würde bei der Invaliditätsbemessung auf ein Valideneinkommen von Fr. 80'824.-- (vgl. E. 4.3 hiervor) abgestellt, resultierte ein ebenfalls nicht zu einem Rentenanspruch berechtigender Invaliditätsgrad von gerundet 24 % ($[\text{Fr. } 80'824.-- \text{ / Fr. } 61'531.--] / \text{Fr. } 80'824.-- \times 100$). Die gegen die Verfügung vom 14. Mai 2021 (act. II 82) erhobene Beschwerde ist folglich abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

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

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang 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 Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. iur. 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.