

200 21 96 IV
ACT/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. Dezember 2021

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Dezember 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1967 geborene, zuletzt als ... tätige A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im August 2016 (Postaufgabe) unter Hinweis auf starke chronische Rücken- und Beinschmerzen bzw. Durchblutungsstörungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1, 9). Nach Abbruch eines Belastbarkeitstrainings (act. II 46, 51, 57) bzw. dessen Abschluss (act. II 54) tätigte die IVB weitere medizinische Abklärungen, insbesondere veranlasste sie zunächst ein externes neurologisches Konsilium (Bericht vom 20. Juli 2019 [act. II 103]) und alsdann ein polydisziplinäres Gutachten (Expertise vom 11. September 2020 [act. II 132.1 f.] mitsamt Teilgutachten [act. II 132.3 ff.]). Mit Vorbescheid vom 21. September 2020 stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 20 % in Aussicht (act. II 133). Auf Einwand hin (act. II 134, 137 f.) verfügte sie am 15. Dezember 2020 wie angekündigt (act. II 140).

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 29. Januar 2021 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm rückwirkend ab Anspruchsbeginn eine ganze IV-Rente zuzusprechen, eventualiter sei die Sache zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Gleichzeitig ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege, welches Gesuch am 31. März 2021 zurückgezogen und mit prozessleitender Verfügung vom 1. April 2021 als erledigt abgeschrieben wurde.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. März 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Hierzu nahm der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 15. April 2021 unaufgefordert Stellung.

Auf mehrmalige Aufforderungen hin (vgl. Schreiben des Instruktionsrichters vom 25. Mai und 15. Juni 2021 sowie prozessleitende Verfügung vom 2. September 2021; vgl. auch Aktennotizen vom 13. Juli und 24. August 2021) reichte Dr. med. C. _____, Facharzt für Anästhesiologie, Zentrum D. _____, am 15. September 2021 die Krankengeschichte des Beschwerdeführers ein (Bericht vom 13. September 2021 [in den Gerichtsakten] und edierte Akten [act. III]). Hierzu nahm der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 4. Oktober 2021 Stellung; die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 24. September 2021 auf eine Stellungnahme.

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 15. Dezember 2020 (act. II 140). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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.

In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer zunächst eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend (Beschwerde, S. 5 ff.). Seiner Auffassung nach habe sich die Beschwerdegegnerin einerseits ungenügend mit den Vorbringen in der "Einsprache" (richtig: im Einwand) auseinandergesetzt und andererseits notwendige zusätzliche medizinische Abklärungen des Gesundheitszustandes unterlassen.

2.1 Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2017 KV Nr. 6 S. 30 E. 5).

2.2 In casu liegt keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor, denn die angefochtene Verfügung ist unter dem Hinweis ergangen, dass sich aus

den mit dem Einwand unterbreiteten Berichten (act. II 138) keine neuen Aspekte ergeben würden (act. II 140/2), womit sich die Beschwerdegegnerin hinreichend mit den Vorbringen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt hat (vgl. E. 2.1 hiervor). Dem Beschwerdeführer war es denn offenkundig auch möglich, gestützt auf diese Ausführungen eine ausführlich begründete Beschwerde einzureichen. Die in diesem Zusammenhang gerügte Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Beschwerde, S. 6 lit. g; Eingabe vom 15. April 2021, S. 2) ist eine Frage der – nachfolgend vorzunehmenden – materiellen Würdigung und nicht des rechtlichen Gehörs.

3.

3.1 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).

3.2 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 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies

zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

3.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine 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.

3.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederung

rungsmassnahmen 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).

3.5 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).

4.

4.1 In Bezug auf den Gesundheitszustand bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

4.1.1 Bei diagnostizierter lumbaler Schmerzsymptomatik bzw. chronischem lumbospondylogemem Syndrom unterzog sich der Beschwerdeführer im Juni 2010 einer Mikrodiskektomie LWK4/5 rechts und im Oktober 2010 einer Re-Mikrodiskektomie LWK4/5 rechts; auch 2011 und 2012 durchgeführte Infiltrationen brachten keine Besserung der Symptomatik (Berichte des Spitals E._____ vom 24. Juni 2011, 25. März 2013 und 16. Januar 2015 [act. II 18/7 ff.]).

Der den Beschwerdeführer seit Februar 2016 behandelnde Dr. med. C._____ diagnostizierte ein FBSS mit lumboradikulären Schmerzen L5 rechts; er führte im Wesentlichen aus, weder die durchgeführten Infiltrationen mit und ohne Steroide der Nervenwurzeln L4 und L5 beidseits sowie die Facettengelenksinfiltrationen noch die medikamentösen Behandlungen hätten (abgesehen von vorübergehenden Beschwerdelinderungen) ein

nachhaltiges Resultat bewirkt. Körperliche Arbeit sei nach wie vor nicht möglich. Nachdem Dr. med. C. _____ eine angepasste Teilzeittätigkeit (die Rede war von maximal 20 %) anfangs noch in Betracht gezogen hatte, bezeichnete er später eine Reintegration als unmöglich (Berichte vom 29. August 2016 [act. II 10 = 16 = 18/6 = 20/2 = 25], 3. Oktober 2016 [act. II 21/2 f.], 22. März 2017 [act. II 34] und 20. September 2018 [act. II 67]).

4.1.2 Im Rahmen des Belastbarkeitstrainings vom 10. Oktober bis zum Abbruch am 2. November 2017 berichtete der Beschwerdeführer mehrfach über "Geister im Körper" und zeigte dabei ein Verhalten, in dem er gemäss Bericht vom 17. November 2017 in bizarre, beängstigende (Absenz- und/oder Krampf-)Zustände (verdrehte Augen, aussergewöhnliche Laute, seltsam erstarrte Körperhaltungen; gemäss Berichten nicht ansprechbar; act. II 57/3; vgl. auch act. II 48, 49/1, 52) verfiel. Gemäss den Berichten von Dr. med. C. _____ vom 20. September 2018 und 4. Januar 2019 zeigte der Beschwerdeführer bei den dortigen Konsultationen ab 2017/18 ein entsprechendes "Absenzen-Verhalten", so insbesondere am 5. September 2018 mit Sturz vom Stuhl und offenbar kaum vorhandener Ansprechbarkeit während fünf Minuten (act. II 67, act. III 2). Gleichentags erfolgte eine notfallmässige Zuweisung an die Medizinische Klinik des Spitals F. _____, wobei die Ursache der gezeigten Ohnmacht unklar blieb (Notfallbericht vom 24. September 2018 [act. II 70]). Eine zusätzliche kardiologische Untersuchung im Spital F. _____ vom 13. Dezember 2018 ergab, dass die genannte Absenz-Episode (anamnestisch ohne kompletten Bewusstseinsverlust) nicht hinweisend für eine kardiale Genese sei, jedoch aufgrund der Befunde der Ergometrie und der Anamnese der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit bestehe (Bericht vom 19. Dezember 2018 [act. II 84 = 90/9 ff.]). Entsprechende weiterführende Abklärungen in der Kardiologie des Spitals G. _____ führten eine diskrete Koronarsklerose ohne relevante Stenosen mit leichtgradig eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit bei möglicher körperlicher Dekonditionierung zutage, ohne klinische richtungsweisende Pathologie (Berichte vom 9. Januar 2019 [act. II 90]).

Das von der Beschwerdegegnerin veranlasste neurologische Konsilium in der Neurologie des Spitals F. _____ beurteilte die rezidivierenden Sturzereignisse (eigenanamnestisch schwächebedingte Stürze zu Boden), ohne

Bewusstseinsverlust, am ehesten als dissoziative Störung (differentialdiagnostisch allenfalls als vasovagale Präsynkopen) und die rezidivierenden Episoden mit Fall zu Boden im Kontext mit wahnhaften Vorstellungen als kulturell/religiös bedingt oder im Rahmen einer psychiatrischen Störung. Epilepsietypische Potentiale seien nicht nachweisbar gewesen und das MRI des Schädels sei normal ausgefallen (Bericht vom 20. Juli 2019 [act. II 103]).

4.1.3 Im polydisziplinären, eine internistische, rheumatologische, neurologische und psychiatrische Untersuchung umfassenden Gutachten der H._____ (MEDAS) vom 11. September 2020 wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 132.2/4 Ziff. 4.1):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Postlaminektomiesyndrom ("failed back surgery syndrome"; ICD-10 M96.1)
- Chronisches lumbospondylogenes Reizsyndrom (ICD-10 M54.5) mit persistierendem sensomotorischem Defizit L4/L5 rechts bei
 - Status nach Mikrodiskektomie und Re-Mikrodiskektomie LWK4/5
 - Status nach mehrfachen Steroidinfiltrationen zwischen 2012 und 2017
 - MRI LWS 02.08.2016: Sequester auf der zweimalig operierten Seite, welcher eine Kompression der Wurzel L5 rechts verursachen könnte (Narbengewebe)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Verdacht auf sensibles Ausfallsyndrom L5 und S1 auf der rechten Seite (ICD-10 R20.1)
 - darüber hinaus kein Hinweis für eine floride lumboradikuläre Schmerzsymptomatik oder motorische Ausfallsymptomatik
2. Koronarsklerose (ICD-10 I25.1)
 - TTE 11/2018: Altersentsprechender Normalbefund
 - Ergometrie 12/2018: Klinisch positiver, elektrisch negativer Belastungstest, leichtgradig eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit mit 74 % der Sollleistung
 - Koronarangiographie 01/2019: Keine relevanten Stenosen bei diskreter Koronarsklerose, regelrechte LV-Funktion mit 65 %
3. Status nach Nikotinkonsum von kumulativ 20 Packyears, Stopp vor ca. 10 Jahren (ICD-10 F17.1)
4. Dissoziative Störung (Konversionsstörung, gemischt; ICD-10 F44.7)

4.1.3.1 Aus somatisch-rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer erstmalig am 15. Juni 2010 aufgrund einer Diskushernie Höhe LWK4/5 operiert worden und knapp vier Monate später erneut aufgrund eines Rezidivs. Seitdem bestünden persistierende Rücken- und Beinschmerzen. Trotz

multipler Infiltrationen habe keine wesentliche Beeinflussung der Beschwerdesymptomatik erreicht werden können, ebenso wenig hätten medikamentöse und bisher durchgeführte nicht medikamentöse Therapien (Physiotherapie, physikalische Therapie sowie medizinische Trainingstherapie) eine dauerhafte Verbesserung der Symptomatik erbracht. Es bestehe ein Postlaminektomiesyndrom mit lumbospondylogenen Schmerzen aufgrund degenerativer Wirbelsäulenveränderung und Dekonditionierung der Rückenmuskulatur (act. II 132.2/5 Ziff. 4.2.2). Der Beschwerdeführer besitze nur wenige Ressourcen und zeige gleichmässig über den Tag verteilt ein durchwegs eingeschränktes Aktivitätsniveau (max. 30 min durchgehend sitzen und max. 1 h stehen; zusätzlich schränkten die Schmerzen seine Gehstrecke ein; act. II 132.2/7 Ziff. 4.5, 132.4/16 Ziff. 7.3). Aufgrund der rheumatologischen Diagnose könne eine Einschränkung der funktionellen Leistung in der angestammten beruflichen Tätigkeit nachvollzogen werden (act. II 132.2/6 Ziff. 4.3, 132.4/18 Ziff. 8.1). Für leichte körperliche Tätigkeiten sei er aus rheumatologischer Sicht voll arbeitsfähig, wobei aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik eine verminderte Leistungsfähigkeit von 80 % bestehe, da ein vermehrter Pausenbedarf von ca. 12 min/h gegeben sei (act. II 134.4/18 Ziff. 8.2).

4.1.3.2 Aus somatisch-neurologischer Sicht ergäben sich gemäss Akten keine konsistenten Hinweise für eine lumboradikuläre Schmerzproblematik, die im Vordergrund stehe. Auch in der aktuellen klinischen Untersuchung habe sich kein Nervendehnungsschmerz gefunden, hingegen im Dermatom L5 und S1 auf der rechten Seite eine Sensibilitätsstörung, jedoch kein motorisches Ausfallsyndrom L5 oder S1 auf der rechten Seite. Bezüglich des in den Akten geäusserten Verdachts auf Absenzen könne aus neurologischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass es sich dabei nicht um epileptische Anfälle oder andere Bewusstseinsveränderungen aufgrund von neurologischen Erkrankungen handle (act. II 132.2/5 f. Ziff. 4.2.2). Aus genuin neurologischer Sicht ergäbe sich keine Diagnose mit wesentlicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 132.5/14 f. Ziff. 8).

4.1.3.3 Aus allgemeininternistischer Sicht finde sich eine Koronarsklerose, welche Ende 2018 bzw. Anfang 2019 im Spital G. _____ umfangreich

abgeklärt worden sei. Kardiologische Hinweise für höhergradige Herzerkrankungen fänden sich indessen nicht. Auch bestünden anamnestisch seit der durchgeführten kardiologischen Untersuchung keine Herzbeschwerden mehr (act. II 132.2/6 Ziff. 4.2.2). Aus rein allgemeininternistischer Sicht fänden sich im Rahmen der aktuellen Begutachtung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 132.3/13 Ziff. 6.3).

4.1.3.4 Aus psychiatrischer Sicht bestünden Bewegungsstörungen mit wiederholtem vollständigem oder teilweiseem Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile und Pseudoanfällen, so dass es jeweils zum Hinstürzen komme. Die Symptomatik sei in den Akten am ehesten im Rahmen einer dissoziativen Störung gesehen worden. Dissoziative Störungen würden als psychogen angesehen, d.h. es bestehe eine nahe zeitliche Verbindung zu traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen. So habe der Beschwerdeführer eigenen Angaben zufolge einen Gefängnisaufenthalt in der Heimat ... mit Folter erlebt. Durch die vorliegende dissoziative Störung könne es zu einer psychiatrischen Überlagerung somatischer Beschwerden, auch der Schmerzen, kommen (act. II 132.2/6 Ziff. 4.2.2). Nebst den lebensgeschichtlichen Traumatisierungen stellten auch die angespannte Situation durch die Abhängigkeit vom Sozialamt eine Belastung dar. Es lägen aber auch Ressourcen vor mit Berufserfahrung in der Schweiz als ... sowie einem stützenden sozialen Gefüge. Die dissoziative Symptomatik müsse den Beschwerdeführer in der Arbeitsfähigkeit zudem nicht einschränken, wenn er gedanklich nicht mit den zugrundeliegenden Belastungen konfrontiert werde. Ihm könne ausserdem eine Willensanstrengung zugemutet werden, trotzdem zu arbeiten (act. II 132.2/7 Ziff. 4.5, 132.6/16 Ziff. 7.4). Eine Arbeit könnte sich daher günstig auf den Umgang mit seinen Beschwerden auswirken (act. II 132.2/7 Ziff. 4.6, 132.6/16 Ziff. 7.3). Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei namentlich auch mit den täglichen Aktivitäten (Mithilfe im Haushalt, Spaziergänge, Aufsuchen des Einkaufsladens, erhaltene Kontaktfähigkeit und gute Verkehrsfähigkeit [vgl. act. II 132.6/7 f. Ziff. 3.2.9]) sowie den Ergebnissen aus dem Mini-ICF-APP (vgl. act. II 132.6/11 f. Ziff. 4.3.2 lit. c) nicht vereinbar (act. II 132.2/7 Ziff. 4.5). Insgesamt lasse sich daher die subjektiv wahrgenommene stark eingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht mit dem geschilderten täglichen Akti-

vitätsniveau in Einklang bringen. Zudem sei der Beschwerdeführer nicht zu einer fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung motiviert (act. II 132.6/15 Ziff. 7.3). Er sei aus rein psychiatrischer Sicht sowohl in der bisherigen wie auch in jeder anderen Tätigkeit voll arbeitsfähig (act. II 132.6/16 f. Ziff. 8).

4.1.3.5 Aus polydisziplinärer Sicht sei die bisherige Tätigkeit als ... seit mindestens der ersten Rückenoperation am 15. Juni 2010 nicht mehr geeignet. In einer optimal angepassten Tätigkeit (kein Heben oder Tragen von Gegenständen über 10 kg kurzzeitig bzw. 5 kg repetitiv, keine Zwangshaltungen, keine gebückten Haltungen oder Arbeiten in den Knien, keine Überkopfarbeiten, Möglichkeit zum Positionswechsel, Möglichkeit für Pausen, Dehn- und Streckübungen sowie kein Besteigen von Gerüsten, Leitern oder nicht durch Handlauf gesicherte Treppen) sei eine Anwesenheit von acht Stunden pro Tag möglich, doch bestehe aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs eine um 20 % reduzierte Leistungsfähigkeit. Die Gesamtarbeitsfähigkeit in einer derart optimal angepassten Verweistätigkeit betrage somit 80 % (act. II 132.2/8 f. Ziff. 4.7 f.).

4.1.4 Der Beschwerdeführer hat sich im September 2020 von sich aus um eine Anstellung in der Abklärungsstelle I. _____ in ... bemüht (vorgesehener Beschäftigungsgrad: 36 %; act. II 138/1, 138/7). Dabei erreichte er eine sehr tiefe Leistung und er benötigte viele Pausen (act. II 138/8 f.). Schmerzbedingt musste das Pensum reduziert werden (auf 30 %; act. II 138/8, 138/6) und letztendlich das Arbeitsverhältnis in gegenseitigem Einvernehmen per 30. November 2020 aufgelöst werden (act. II 138/5 f.).

4.1.5 Nachdem Dr. med. C. _____ noch im Bericht vom 4. Januar 2019 weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit für körperliche Arbeit attestiert und für die Zukunft eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (mit der Möglichkeit von häufigen Positionswechseln) von 30 - 40 % als möglich erachtet hatte (act. III 2), bezeichnete er diese Einschätzung mit weiterem Bericht vom 20. November 2020 als (aktuell) illusorisch (AB 138/4 = 139/2). Die Anstellung in der Abklärungsstelle I. _____ habe gezeigt, dass eine berufliche Reintegration unmöglich sei; die Schmerzen seien mittlerweile so omnipräsent, dass auch Tätigkeiten in sitzender Position ohne gravierende Schmerzexazerbationen nicht mehr länger als 30 min toleriert würden und

die aktuelle Gehfähigkeit täglich auf 2 x 20 min limitiert sei, wobei der Beschwerdeführer zunehmend eine muskuläre Atrophie im Bereich des rechten Beines zeige (AB 138/3 = 139/1). Schliesslich wiederholte Dr. med. C. _____ im Bericht vom 13. September 2021 (in den Gerichtsakten) im Wesentlichen seine bisherigen Ausführungen, wobei er die persistierende Radikulopathie L5 rechts (vgl. act. II 138/3) nicht (mehr) als Diagnose erwähnte.

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2.1 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).

4.2.2 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

20191V Nr. 40 S. 128E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung (act. II 140) im Wesentlichen auf das MEDAS-Gutachten vom 11. September 2020 (act. II 132.1 f.; vgl. E. 4.1.3 hiervor) abgestellt. Dieses wie auch die vier Teilgutachten (act. II 132.3 ff.) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2.1 f. hiervor) und überzeugen. Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Die fachärztlichen Ausführungen sind in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden überzeugend begründet, weshalb darauf abzustellen ist.

4.3.1 Entgegen der Auffassung in der Beschwerde, S. 7 f., ist auch das psychiatrische Teilgutachten überzeugend. Einerseits spricht der Gutachter von gewissen Inkonsistenzen (act. II 132.6/15 Ziff. 7.3), welche offensichtlich sind, da die vom Beschwerdeführer subjektiv wahrgenommene schmerzbedingt stark eingeschränkte Arbeitsfähigkeit unvereinbar ist mit der Verrichtung von Tätigkeiten im Haushalt. So lässt sich seine Mithilfe beim Kochen und Einkaufen sowie das Wischen der Wohnungsböden (act. II 132.6/7 f. Ziff. 3.2.9) durchaus mit beruflich leichten körperlichen Tätigkeiten vergleichen, zumal auch bei Letzteren einem erhöhten Pausenbedarf Rechnung getragen wird. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass

es sich hierbei um eines der Argumente des Gutachters handelt und nicht etwa um das alleinentscheidende Kriterium. Andererseits ist die fehlende fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung klarerweise Ausdruck eines fehlenden Leidensdrucks, da beim Vorliegen eines solchen alle möglichen Therapieoptionen wahrgenommen werden. Schliesslich hat sich der psychiatrische Experte überzeugend zu den gezeigten "Ohnmachts-Anfällen" resp. der dissoziativen Störung geäussert und insbesondere festgehalten, eine Arbeitstätigkeit wirke sich im Sinne einer Ablenkung günstig aus (act. II 132.6/15 f. Ziff. 7.3).

4.3.2 Der Bericht des behandelnden Dr. med. C._____ vom 20. November 2020 (act. II 138/3 f.; vgl. E. 4.1.5 hiervor) spricht – entgegen der impliziten Annahme in der Beschwerde, S. 8 lit. d – nicht gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung der Gutachter, da der Arzt von einer Radikulopathie rechts L5 ausgeht (act. II 138/3), was die Experten jedoch überzeugend ausgeschlossen haben (act. II 132.2/5 f.; vgl. E. 4.1.3.2 hiervor) und was auch im Bericht des Spitals F._____ vom 4. Juni 2021 als blosser Möglichkeit erwähnt ist (act. III 1). In der Folge ist den Annahmen des behandelnden Arztes die Grundlage entzogen, so auch in Bezug auf seine Einschätzung im Bericht vom 4. Januar 2019 (act. III 2; vgl. E. 4.1.5 hiervor). Schon im Bericht vom 3. Oktober 2016 attestierte Dr. med. C._____ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für körperliche Tätigkeiten und sah den Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit mit häufigen Positionswechseln "maximal zu 20 % arbeitsfähig", wobei wegen der Dauerschmerzen eine Umschulung resp. eine vollständige Arbeitsfähigkeit als illusorisch erachtet wurde (act. II 21/2; vgl. E. 4.1.1 hiervor). Auch aktuell geht der behandelnde Arzt von einer vollen Arbeitsunfähigkeit für körperliche Arbeit und einer möglichen, derzeit aber nicht gegebenen Arbeitsfähigkeit von 30 - 40 % in angepasster Tätigkeit aus (Berichte vom 20. November 2020 [act. 138/3 f.] und 13. September 2021 [in den Gerichtsakten]; vgl. E. 4.1.5 hiervor). Insoweit ist somit keine Änderung (bzw. Verschlechterung) seit der Begutachtung erstellt. Ebenso spricht der Bericht der Abklärungsstelle I._____ vom 17. November 2017 (act. II 57; vgl. E. 4.1.2 hiervor) – anders als in der Beschwerde, S. 9 lit. e, erwähnt – nicht gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung der Experten, da diese Ausführungen kein Element enthalten, das die Gutachter nicht berücksichtigt hätten (vgl.

E. 4.2.2 hiervor), und zudem allein auf der gezeigten Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers beruht, aber naturgemäss keine medizinische Einschätzung darstellt, zumal für die (juristische; vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196) Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen einer Person noch zugemutet werden können, vorab auf die ärztlichen Angaben abzustellen ist und nicht auf die Einschätzung der Eingliederungsfachleute.

4.3.3 Dr. med. C._____ führt im Bericht vom 20. November 2020 aus, dass sich im Bereich des rechten Beines "zunehmend eine muskuläre Atrophie" zeige (act. II 138/3; vgl. E. 4.1.5 hiervor), was in den Befunden der somatischen Gutachter nicht erwähnt ist (act. II 132.3/9 f., 132.4/11 f., 132.5/10; vgl. E. 4.1.3 hiervor) und sich auch aus den früheren Berichten des Arztes so nicht ergibt (act. II 10, 21/2 f., 34 [insb. S. 2 Ziff. 6] und 67; vgl. E. 4.1.1 hiervor). Dennoch hat sich der medizinische Sachverhalt seit der im Frühjahr 2020 erfolgten somatischen gutachterlichen Exploration (act. II 132.2/1) nicht verändert, denn im neuesten Bericht des Dr. med. C._____ vom 13. September 2021 (in den Gerichtsakten) wird dies nicht mehr erwähnt, was jedoch der Fall gewesen wäre, wenn es sich um eine wesentliche gesundheitliche Störung handelte. Keine Veränderung ist zudem – entgegen der Eingabe vom 15. April 2021, S. 2 – dadurch erstellt, dass Dr. med. C._____ im Bericht vom 20. November 2020 (implizit) eine Zunahme der Schmerzen erwähnt (act. II 138/3), da er dies nicht mit einer Änderung des medizinischen Sachverhalts begründen kann, sondern in dieser Hinsicht implizit auf die Tätigkeit in der I._____ verweist, welche Einschätzung jedoch – wie vorhin (E. 4.3.2) dargelegt – nicht medizinisch fundiert ist.

4.4 Dem beweiskräftigen MEDAS-Gutachten vom 11. September 2020 zufolge ist der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig (act. II 132.2/8 Ziff. 4.8). Darauf ist nach dem Dargelegten abzustellen; weitere Abklärungen sind nicht nötig. Gestützt auf das gutachterliche Zumutbarkeitsprofil ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.

5.1 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 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

Aufgrund der im August 2016 (Postaufgabe) erfolgten Anmeldung zum Rentenbezug (act. II 1/10) ist – bei bereits bestandener einjähriger Wartezeit (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. act. II 132.2/8 Ziff. 4.7) – der (hypothetische) Beginn des Rentenanspruchs auf Februar 2017 festzusetzen (Art. 29 Abs. 1 IVG).

5.2 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 statistische Werte wie die 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; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

5.3 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 den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen 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 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).

5.4 Die Beschwerdegegnerin hat den Einkommensvergleich – zwar auf das Jahr 2011 statt 2017 (vgl. E. 5.1 hiavor) hin – dergestalt vorgenommen, dass sie beide Vergleichseinkommen aufgrund desselben LSE-Tabellenlohns bestimmt hat (AB 140/1 f.). Das Abstellen auf die LSE-Tabellenlöhne bei Validen- und Invalideneinkommen ist nicht zu beanstanden und wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht gerügt: Denn die letzte Anstellung liegt schon mehrere Jahre zurück und der damalige Einsatzbetrieb existiert heute gar nicht mehr (act. II 1/6 Ziff. 5.4, 28 ff.), während der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet.

5.4.1 Es kann offen bleiben, ob die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen zu Recht aufgrund der Tabelle TA1, Total, Niveau 4, Männer, ermittelt hat (act. II 140/1), oder ob sie nicht vielmehr die deutlich tieferen Zahlen des ... (Zeile 55-56) hätte heranziehen müssen, da der Beschwerdeführer seine letzte Stelle behinderungsbedingt verloren hat (act. II 132.6/6) und im Gesundheitsfall wohl immer noch im ... arbeiten würde.

Selbst unter Berücksichtigung des höheren Totalwerts resultiert nämlich, wie nachfolgend aufzuzeigen ist, ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad.

5.4.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist der Totalwert im tiefsten Anforderungsniveau, da damit ein breites Spektrum möglicher Tätigkeiten abgebildet wird. Hilfstätigkeiten im Rahmen zumutbarer körperlich leichter Tätigkeiten (act. II 132.2/8 Ziff. 4.8) sind auf dem gemäss Art. 16 ATSG hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt, der einen Fächer verschiedener Tätigkeiten (sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes) aufweist (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 66 E. 4.2) – entgegen den Vorbringen in der Beschwerde, S. 9 ff. lit. f ff. – in verschiedenen Branchen zu finden.

5.4.3 Da Validen- und Invalideneinkommen aufgrund des gleichen Tabellenlohnes festzusetzen sind, erübrigt sich die genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, unter Berücksichtigung eines allfälligen Tabellenlohnabzugs (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Ein solcher Abzug ist – entgegen der Auffassung in der Beschwerde, S. 11 f. lit. j – nicht vorzunehmen, da den behinderungsbedingten Einschränkungen im Rahmen der beschränkten Arbeitsfähigkeit bereits genügend Rechnung getragen wird und invaliditätsfremde Gründe (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie, Beschäftigungsgrad) bei beiden Einkommen zu berücksichtigen und damit von vornherein ohne Einfluss auf den Invaliditätsgrad wären (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5). Damit resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von (maximal) 20 % (vgl. E. 3.3 hiavor).

6.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 15. Dezember 2020 (act. II 140) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

7.

7.1 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 der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt.

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt.
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.