

200 24 246 IV
SCI/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. September 2024

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. März 2024



Sachverhalt:

A.

Der 1990 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 26. Oktober 2015 unter Hinweis auf schwere Schlafstörungen und weitere Leiden bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 16). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) erwerbliche und medizinische Erhebungen durch. Dabei liess sie den Versicherten interdisziplinär durch die MEDAS C._____ begutachten (Expertise vom 14. Dezember 2018 [AB 150.1]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 164, 165) verneinte die IVB mit Verfügung vom 19. Juni 2019 (AB 167) den Anspruch auf Leistungen der IV, da kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne vorliege. Eine dagegen erhobene Beschwerde (AB 168 S. 3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 8. April 2020 ab (IV/2019/620; AB 171). Dieses Urteil blieb unangefochten.

Im Oktober 2022 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf ein Burnout, ein Delay Sleep Syndrom, eine ADHS (Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung), schwere Schlafstörungen und weitere Leiden erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 173). In der Folge führte die IVB weitere medizinische und erwerbliche Erhebungen durch und holte insbesondere mehrere Beurteilungen der Dres. med. D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und E._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD; AB 193, 204 f., 216, 218, 232 f.), ein. Mit Vorbescheid vom 20. Oktober 2023 (AB 234) stellte sie dem Versicherten mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 237) und nach Einholung von Stellungnahmen des RAD (AB 241 f., 245 f.) verfügte die IVB am 1. März 2024 wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Leistungsbegehren ab (AB 247).

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 25. März 2024 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 1. März 2024 sei aufzuheben.
2. Es sei nach Durchführung weiterer Abklärungen, unter Wahrung der Partizipationsrechte der Parteien, neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu befinden.
- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Mai 2024 schloss die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf zwei Stellungnahmen des RAD (AB 256 f.) auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 10. Juni 2024 hielt der Beschwerdeführer an seinen Ausführungen und Anträgen fest.

Mit Eingabe vom 17. Juni 2024 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme in Form einer Duplik.

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 1. März 2024 (AB 247). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der IV und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob seit der Verfügung vom 19. Juni 2019 (AB 167; vgl. E. 4.1 hiernach), die mit Urteil vom 8. April 2020 (IV/2019/620; AB 171) bestätigt worden war, ein medizinischer oder erwerblicher Revisionsgrund eingetreten ist.

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 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 In formeller Hinsicht macht der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Die Beschwerdegegnerin habe sich in der angefochtenen Verfügung nicht mit den im Einwand vorgebrachten Argumenten betreffend die andere medizinische Klassifizierung der Delayed Sleep Phase Disorder und damit einhergehend dem Wegfall der Indikatorenprüfung auseinandergesetzt (Beschwerde S. 14 Ziff. 4.4).

2.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. 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 2022 IV Nr. 37 S. 122 E. 5.1).

2.3 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung dargelegt, warum sie einen Anspruch auf Leistungen der IV verneint hat. Sie hat aufgezeigt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gemäss ihren Erhebungen weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht massgebend verändert hat und somit weiterhin kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt (S. 1). Dabei hat sie sich zulässigerweise auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränkt (vgl. E. 2.2 hiervor). Mangels eines Revisionsgrundes hatte sich die Beschwerdegegnerin – entgegen der Auffassung in der Beschwerde – nicht zu einem allfälligen Wegfall der Indikatorenprüfung zu äussern. Dem Beschwerdeführer war es denn auch ohne weiteres möglich, gestützt auf die Ausführungen in der Verfügung und die zugestellten amtlichen Akten eine ausführlich begründete Beschwerde einzureichen. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs resp. der Begründungspflicht ist vorliegend somit nicht erfolgt (vgl. BGE 142 III 433 E. 4.3.2 S. 436). Die Begründetheit der Beurteilung der Streitsache durch die Beschwerdegegnerin ist im Rahmen der materiellen Prüfung zu beurteilen.

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).

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

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

3.3 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.4 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 3). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditäts-

grades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 13. Oktober 2022 (AB 173) eingetreten. Damit ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der leistungsabweisenden Verfügung vom 19. Juni 2019 (AB 167), welche mit Urteil vom 8. April 2020 (IV/2019/620; AB 171) bestätigt wurde, und der hier angefochtenen Verfügung vom 1. März 2024 (AB 247) eine

(potentiell) anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 3.4 hiervor).

4.2 In medizinischer Hinsicht stützten sich die Verfügung vom 19. Juni 2019 (AB 167) und das Urteil vom 8. April 2020 (IV/2019/620; AB 171) massgeblich auf das polydisziplinäre MEDAS C. _____-Gutachten vom 14. Dezember 2018 (AB 150.1). In diesem wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) und eine ADS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0) diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen festgehalten: Nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (Delayed Sleep Syndrome; ICD-10 F51.2), Saisonales Asthma bronchiale auf Frühblüher, Adipositas, unklare isolierte SGPT-Erhöhung bei Steatosis hepatis, Zustand nach Ulcera ventriculi Forrest III im Antrum (S. 4 Ziff. 4.2). Die Gutachter gaben an, es bestehe eine deutliche Tagesmüdigkeit. Ferner bestünden Konzentrationsstörungen und Beeinträchtigungen des Durchhaltevermögens bei gestörtem Schlaf-/Wachrhythmus, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung im Erwachsenenalter sowie Neurasthenie (S. 5 Ziff. 4.3). Eine Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert könne nicht festgestellt werden. Es bestehe allerdings eine weit in die Psychobiographie zurückreichende ADS-Problematik, die bereits in der Schulzeit Anlass zur eingehenden Diagnostik gegeben habe (S. 5 Ziff. 4.4). Zum Belastungsprofil gaben die Gutachter an, der Beschwerdeführer sei in der Lage, seinem Ausbildungs- und Kenntnisstand angepasste Tätigkeiten durchschnittlicher geistiger Art und in durchschnittlichen Verantwortungsbereichen auszuüben. Die Tätigkeiten sollten überwiegend in den Nachmittags- oder Abendstunden erfolgen, um dem veränderten Schlaf-/Wachrhythmus Rechnung zu tragen. Eine angepasste Tätigkeit sollte den Interessen des Beschwerdeführers entsprechen, strukturiert aber nicht zu monoton sein, da ansonsten Probleme der Aktivierung bestünden. Die Tätigkeit sollte nicht einen höheren Grad an Kommunikationsbedarf und interdisziplinärer Abstimmung beinhalten, auch nicht einem erhöhten Zeitdruck unterliegen (S. 5 Ziff. 4.5). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit betrage 4.25 Stunden pro Tag, möglichst in den Nachmittagsstunden, womit sich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ergebe (S. 5 f. Ziff. 4.7 ff.).

4.3 Der angefochtenen Verfügung vom 1. März 2024 (AB 247) liegen folgende Berichte zugrunde:

4.3.1 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 18. August 2022 (AB 187 S. 2 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt: schwergradige obstruktive Schlaf-Apnoe, Adipositas WHO Grad II, Status nach Magenulcera 2016, hypogonadotroper Hypogonadismus, gonadotrope Hormonachse ohne Substitution, Status nach subklinischer Hypothyreose und als psychiatrische Diagnosen eine Delayed Sleep Phase Disorder mit chronischer Fatigue, ADHS seit Kindheit, Status nach Burnout 2016/2017 (S. 2 f.). Empfohlen wurde die Fortsetzung der APAP-Therapie. Ergänzend seien regelmässige Bett- und Aufstehzeiten bei ausreichender Schlafdauer, körperliche Bewegung und Reduktion bzw. Vermeiden von schlafapnoefördernden Faktoren einzuführen. Der Beschwerdeführer sei motiviert, die Therapie fortzuführen, und fühle sich mit dem aktuellen Maskenmodell und den Druckeinstellungen wohl (S. 3).

4.3.2 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 14. Januar 2023 (AB 190 S. 2 f.) im Wesentlichen eine schwergradige obstruktive Schlaf-Apnoe, eine Adipositas und eine Delayed Sleep Phase Disorder (S. 2 f.). Im Vergleich zu 2016 hätten sich neue Aspekte ergeben. Insbesondere das neu diagnostizierte schwergradige obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom habe zusammen mit den anderen Schlafstörungen und dem Übergewicht eine enorm negative Auswirkung auf die allgemeine Gesundheit des Beschwerdeführers. Im Sommer 2022 sei zwar eine bariatrische Operation durchgeführt worden. Der gewünschte Gewichtsverlust ziehe sich aufgrund der Komorbiditäten erwartungsgemäss in die Länge, jedoch verliere der Beschwerdeführer nach wie vor Gewicht. Längerfristig dürfte das auf seinen Gesundheitszustand sicher einen positiven Effekt haben. Aufgrund der zu erwartenden längeren Dauer der signifikanten Einschränkung der Gesundheit des Beschwerdeführers sei eine Unterstützung durch die IV sicher nötig (S. 2).

4.3.3 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 18. Januar 2023 zur postbariatrischen Kontrolle (AB 198 S. 8 f.) wurde hauptsächlich eine chirurgisch intervenierte Adipositas WHO Grad II (Juli 2022; vgl. AB 198 S. 14 ff.) diagnostiziert. Der Beschwerdeführer zeige sich erfreut über den Gewichtsver-

lauf. Aufgrund der Schlafproblematik und der damit verbundenen Essattacken und reduzierten körperlichen Aktivität, stagniere die Gewichtsabnahme aktuell. Diese Dynamik sei dem Beschwerdeführer jedoch bekannt und durch Verbesserung des Schlafs jeweils regredient. Aktuell bestehe noch immer eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit, gastrointestinale Beschwerden bestünden keine. In Phasen mit ausreichend Schlaf könne der Beschwerdeführer drei Mal wöchentlich Joggen sowie tägliche Spaziergänge mit den Hunden absolvieren bei einem Durchschnitt von 9'700 Schritten pro Tag (S. 8). Es wurde die Weiterführung der körperlichen Aktivität, eine Grundaktivität mit über 10'000 Schritten pro Tag sowie die Wiederaufnahme einer regelmässigen sportlichen Aktivität idealerweise mit Krafttraining empfohlen (S. 9).

4.3.4 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 1. Februar 2023 (AB 196 S. 3 ff.) wurden die zuvor gestellten Diagnosen bestätigt (S. 3). Seit einer bariatrischen Operation im Juli 2022 sei es nun zwischenzeitlich zu einem Gewichtsverlust von 22 kg gekommen. Der Beschwerdeführer schnarche nun nicht mehr und es sei zu einer leichten Besserung der Tagesschläfrigkeit gekommen. Aufgrund der vorbestehenden Schlafstörung sei es dem Beschwerdeführer nicht möglich gewesen die APAP-Therapie anzuwenden; mit der Maske sei es für ihn noch weniger möglich gewesen einzuschlafen. Es sei eine Standortbestimmung der obstruktiven Schlaf-Apnoe nach relevantem Gewichtsverlust mittels respiratorischer Polygraphie erfolgt. Zudem sei eine Anbindung an das hausinterne Zentrum H. _____ bezüglich der multifaktoriellen Ein- und Durchschlafstörung erfolgt (S. 4).

4.3.5 Im Bericht der Psychiatrischen Dienste I. _____ vom 31. März 2023 (AB 213 S. 3 ff.) wurden als Hauptdiagnosen eine exzessive Tages-symptomatik am ehesten multifaktoriell bedingt (bei hochgradigem Verdacht auf eine Delayed Sleep Phase Disorder mit chronischer Fatigue, bei nicht remittierter depressiver Störung [aktuell mittelschwere Depression] und bei unbehandelter obstruktiver Schlaf-Apnoe) sowie ein Status nach Erschöpfungsdepression/Burnout 2016/2017 aufgeführt (S. 3). Als Ursache für den seit Jahren bestehenden chronischen Erschöpfungszustand sei am ehesten von einer multifaktoriellen Genese auszugehen, bei einerseits wahrscheinlich residueller obstruktiver Schlaf-Apnoe. Andererseits räume

der Beschwerdeführer in der vertieften Anamnese ein, dass er beim Einhalten seiner gewöhnlichen, von der sozialen Norm deutlich abweichenden Bettzeiten keine Ein- und Durchschlafstörungen habe. Dies sei sehr suggestiv für das Vorliegen eines Delayed Sleep Phase Syndroms. Auch die vorliegenden aktimetrischen Daten vom 2014 seien hiermit vereinbar. Zur genauen diagnostischen Einordnung sei eine Abklärung im Schlaflabor empfohlen worden. Neben weiteren Abklärungen seien schlafhygienische Massnahmen, insbesondere eine langsame Vorverschiebung der Zubettgehzeiten, empfohlen worden (S. 4).

4.3.6 Die RAD-Psychiaterin Dr. med. D._____ führte im Bericht vom 20. April 2023 (AB 204) aus, seit der letzten Verfügung vom 19. Juni 2019 seien im psychiatrischen Fachgebiet keine Befunde und Berichte eingegangen, weshalb diesbezüglich keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei (S. 4). Diese Beurteilung bestätigte Dr. med. D._____ im Bericht vom 18. Oktober 2023 (AB 232).

Die RAD-Ärztin Dr. med. E._____ diagnostizierte im Bericht vom 18. Oktober 2023 (AB 233) hauptsächlich eine exzessive Tagesmüdigkeit-Symptomatik am ehesten multifaktoriell bedingt (bei hochgradigem Verdacht auf eine Delayed Sleep Phase Disorder mit chronischer Fatigue, bei nicht remittierter depressiver Störung [aktuell mittelschwere Depression] und bei unbehandelter obstruktiver Schlaf-Apnoe), eine schwergradige obstruktive Schlaf-Apnoe und eine chirurgisch intervenierte Adipositas WHO Grad II (S. 3 f.). Eine Verschlechterung des Gesundheitsschadens seit Erlass der Verfügung vom 19. Juni 2019 sei durch das Hinzukommen der Diagnose eines obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndroms ausgewiesen (S. 5). Der Beschwerdeführer leide unter einer erhöhten Tagesmüdigkeit, die mutmasslich multifaktoriell begründet sei. Als einer der Faktoren könnte das im Juli 2022 erstmals diagnostizierte obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom angenommen werden, welches unzureichend infolge Malcompliance behandelt sei. Zu den üblichen Arbeitszeiten könne der Beschwerdeführer auch keine potentiell angepasste Arbeit ausüben, da er unter einer erhöhten Tagesmüdigkeit leide, welche vermutlich genetisch verursacht sei. Eine Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könne durch die Einnahme eines Arbeitsplatzes erreicht werden, der die endogen-

festgelegten Schlafenszeiten berücksichtige. Des Weiteren müsse der Beschwerdeführer im Rahmen der Schadenminderungspflicht aufgefordert werden, sich eine Hilfestellung zur optimalen und effektiven "Schlafmaskennutzung (O2-Maske)" bei schwerem obstruktivem Schlaf-Apnoe-Syndrom zu holen. Unter Berücksichtigung der genannten Massnahmen, welche als Anpassung zu betrachten seien, sei mit einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 6 Ziff. 4).

Die RAD-Psychiaterin Dr. med. D. _____ hielt im Rahmen des Vorbescheidverfahrens am 12. Dezember 2023 (AB 242) fest, im Bericht der Psychiatrischen Dienste I. _____ vom 31. März 2023 zur interdisziplinären Schlafsprechstunde (AB 213 S. 3 ff.) sei eine nicht remittierte depressive Störung postuliert worden. Die besagte Diagnose "nicht remittierte depressive Störung (aktuell mittelschwere Depression, BDI II 27 Pkt.)" sei nicht nach ICD-10 codiert und auch nicht unter Zugrundelegung des ICD-10 Klassifikationssystems gestellt, sondern lediglich aus den Selbstauskünften des Beschwerdeführers hergeleitet worden. Im psychiatrischen Fachgebiet seien die Selbstauskünfte einer Person lediglich ein Aspekt von verschiedenen Parametern, welche in der Herleitung einer Diagnose zu berücksichtigen seien. Die subjektive Selbsteinschätzung sei in deutlichem Widerspruch zu den anlässlich der ambulanten Untersuchung objektiv erhobenen Befunden gestanden. Der dokumentierte Psychostatus nach AMDP habe keinen Krankheitswert gezeigt. Unter Zugrundelegung des ICD-10 Klassifikationssystems seien weder die für eine leichte noch die für eine mittelgradige depressive Episode erforderlichen Diagnosekriterien erfüllt gewesen. Eine medikamentöse Behandlung im psychiatrischen Fachgebiet habe nicht stattgefunden und finde auch aktuell nicht statt; genauso wenig wie eine fachärztlich-psychiatrische Behandlung. Zudem lägen keine Arbeitsunfähigkeitsatteste im psychiatrischen Fachgebiet vor. Zusammengefasst lägen im psychiatrischen Fachgebiet keine objektiven Befunde vor, welche eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Erlass der abweisenden Verfügung vom 19. Juni 2019 begründen könnten (S. 4).

Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ nahm am 16. Januar 2024 Stellung (AB 245). Mit einer Behandlung der obstruktiven Schlaf-Apnoe könne eine

Verbesserung der Tagesmüdigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht werden. Laut den vorliegenden Akten sei bei der Verdachtsdiagnose Delayed Sleep Phase Syndrom eine Aktigraphie (nicht invasive Untersuchung der Ruhe- und Bewegungszyklen über mehrere Tage) bisher nicht durchgeführt worden und sei daher auch noch nicht bestätigt worden. Selbst wenn ein Delayed Sleep Phase Syndrom bestätigt würde, so werde dieses mit spezifischen schlafhygienischen Massnahmen und medikamentöser Behandlung z.B. mit Melatonin therapiert. Dies sei dem Beschwerdeführer von Seiten der Psychiatrischen Dienste I. _____ im März 2023 vorgeschlagen worden. Versicherungstheoretisch sei nach stattgehabter Etablierung der APAP-Therapie (oder Kieferprotrusionsschiene) und Einleitung der schlafmedizinischen Massnahmen nach spätestens drei Monaten von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 3).

4.3.7 In dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht des Zentrums H. _____ der Psychiatrischen Dienste I. _____ vom 12. März 2023 (richtig wohl: 2024; Akten des Beschwerdeführers [BB] 3) wurden die bisherigen Diagnosen bestätigt (S. 1 f.). Aufgrund von APAP-Maskenintoleranz sei eine diagnostische Polysomnographie zur Standortbestimmung der obstruktiven Schlaf-Apnoe nach bariatrischer Operation im Juli 2022 und damit einhergehender Gewichtsabnahme von 24 kg durchgeführt worden. Aktigraphisch zeige sich die nach wie vor nach hinten verschobene Schlafphase mit nur mässig regelmässigen Bettgeh- und Aufstehzeiten sowie teils vermehrter Aktivität in der Hauptruhephase. Therapeutisch werde die psychiatrische Begleitung der APAP-Gewöhnung, zu Beginn mit medikamentöser Unterstützung, empfohlen. Im Zusammenhang mit dem Delayed Sleep Phase Syndrom sei eine Verlaufskontrolle in der neuropsychiatrischen Schlafsprechstunde der Psychiatrischen Dienste I. _____ in zwei Monaten geplant, wobei die Anpassung eines sozial günstigeren Schlafrhythmus, falls gewünscht, in einem zweiten Schritt diskutiert werden könne. Schlafmedizinisch seien regelmässige Aufstehzeiten im eigenen Rhythmus während der APAP-Therapie-Optimierung mit Vermeidung von Bettliegezeiten (wach im Bett) und regelmässige körperliche Bewegung besprochen worden (S. 2).

4.3.8 Am 26. April 2024 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ (AB 256) ein weiteres Mal Stellung. Die empfohlenen medizinischen Massnahmen, wie die Anpassung einer CPAP- resp. APAP-Maske, könne im stationären Setting etabliert werden. Die Etablierung einer Schlafmaske sei prinzipiell möglich und nicht nur unter dem Aspekt der zu erwartenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu sehen, sondern vor allem unter medizinischen Aspekten, um weitere Folgeschäden der Schlaf-Apnoe zu vermeiden (S. 3). Im Zentrum H. _____ könne sich der Beschwerdeführer in die Obhut eines Schlaflabors begeben; dann könne geprüft werden, ob möglicherweise durch die Gabe von Melatonin der Schlafrhythmus verschoben werden könne, hin zu allgemein üblicheren Schlafenszeiten. Wenn dies nicht gelingen sollte, sollte eine berufliche Tätigkeit in den späten Nachmittagsstunden oder nachts gesucht werden, die der Beschwerdeführer dann bezüglich seines Schlaf-Wach-Rhythmus ausfüllen können müsse. Diese Empfehlungen seien bereits mehrfach abgegeben worden und es gehe aus den Unterlagen nicht hervor, dass irgendeine dieser Empfehlungen bislang umgesetzt worden sei. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache werde am entsprechenden Leidensdruck des Beschwerdeführers gezweifelt (S. 4).

Die RAD-Psychiaterin Dr. med. D. _____ nahm am 29. April 2024 ebenfalls ein weiteres Mal Stellung (AB 257). Dabei hielt sie an ihrer bisherigen Beurteilung fest. In der Gesamtschau lasse sich die beschwerdeweise postulierte "nicht remittierende mittelgradige Depression F 32.1" aus dem aktenkundigen Bericht der neuropsychiatrischen Sprechstunde der Psychiatrischen Dienste I. _____ (vom 31. März 2023 [AB 213 S. 3 ff.]) nicht herleiten. Die besagte Diagnose habe medizinisch-theoretisch zudem eine günstige Prognose und klinge in der überwiegenden Zahl der Fälle nach einigen Monaten wieder vollständig ab. Die fehlende medikamentöse Behandlung im psychiatrischen Fachgebiet und eine fehlende regelmässige fachpsychiatrische ambulante Behandlung sprächen ebenfalls gegen eine schwergradige und langdauernde Erkrankung im psychiatrischen Fachgebiet (S. 4).

4.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat,

ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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). 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).

4.5

4.5.1 Aus den Berichten der RAD-Psychiaterin Dr. med. D. _____ vom 20. April 2023 (AB 204 S. 4), vom 12. Dezember 2023 (AB 242 S. 4) und vom 29. April 2024 (AB 257 S. 4) geht hervor, dass sich der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht nicht massgebend verändert hat. Dass im Bericht der Psychiatrischen Dienste I. _____ vom 31. März 2023 (AB 213 S. 3 ff.) neu eine nicht remittierte depressive Störung diagnostiziert wurde (S. 3), vermag das Eintreten einer massgebenden Veränderung – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 11 ff. Ziff. 3.6 und 3.10; Replik S. 2 Ziff. 1) – nicht zu belegen. Die RAD-Psychiaterin hat sich überzeugend mit der Einschätzung der behandelnden

Ärzte der Psychiatrischen Dienste I. _____ auseinandergesetzt und einlässlich und nachvollziehbar aufgezeigt, warum dieser nicht gefolgt werden kann. Dabei hob sie schlüssig hervor, dass die Diagnose "nicht remittierte depressive Störung (aktuell mittelschwere Depression, BDI II 27 Pkt.)" nicht nach ICD-10 codiert und auch nicht unter Zugrundelegung des ICD-10 Klassifikationssystems gestellt, sondern lediglich aus den Selbstauskünften des Beschwerdeführers hergeleitet worden ist. Weiter zeigte die RAD-Psychiaterin auf, dass die subjektive Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers in deutlichem Widerspruch zu den anlässlich der ambulanten Untersuchung objektiv erhobenen Befunden gestanden ist und dass der dokumentierte Psychostatus nach AMDP keinen Krankheitswert gezeigt hat (AB 242 S. 4). Schliesslich wies die RAD-Psychiaterin einleuchtend darauf hin, dass auch die fehlende medikamentöse und fachärztlich-psychiatrische Behandlung gegen das Vorliegen einer schwergradigen und langdauernden Erkrankung im psychiatrischen Fachgebiet spricht (AB 242 S. 4; vgl. auch AB 257 S. 4). Diesbezüglich ist hervorzuheben, dass die einmal pro Monat durchgeführte psychotherapeutische Behandlung (vgl. AB 313 S. 7) im Rahmen der bariatrischen Behandlung stattfand (vgl. Bericht des Zentrums H. _____ der Psychiatrischen Dienste I. _____ vom 12. März 2024; BB 3 S. 4). Zudem findet aktuell keine Behandlung mehr statt (BB 3 S. 4). Somit ergeben sich aus den neuen Unterlagen, insbesondere dem Bericht der Psychiatrischen Dienste I. _____ vom 31. März 2023 (AB 213 S. 3 ff.), aus psychiatrischer Sicht keine Änderungen des Sachverhalts seit 19. Juni 2019.

4.5.2 In somatischer Hinsicht erfüllen die Berichte der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ vom 18. Oktober 2023 (AB 233), vom 16. Januar 2024 (AB 245) und vom 26. April 2024 (AB 256) die von der höchststrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines solchen gestellten Anforderungen. Sie sind nachvollziehbar und überzeugen. Insbesondere berücksichtigen sie die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Akten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein (vgl. E. 4.4 hiavor). Die RAD-Ärztin hat ausführlich begründet, dass der Beschwerdeführer (weiterhin) an einer exzessiven Tagesmüdigkeit-Symptomatik leidet (AB 222 S. 3 f.). Diese Tagesmüdigkeit

wurde bereits im MEDAS C. _____-Gutachten vom 14. Dezember 2018 (AB 150.1) festgestellt. Diesbezüglich wurde eine nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (Delayed Sleep Syndrome; ICD-10 F51.2) diagnostiziert, welcher jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt wurde (AB 150.1 S. 4 Ziff. 4.2). Dass sich hinsichtlich der bestehenden Tagesmüdigkeit massgeblichen Befundänderungen ergeben hätten, geht aus den Akten nicht hervor. Insoweit kann der vom Beschwerdeführer verlangten Diagnoseänderung von einer nicht-organischen Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus Delayed Sleep Syndrom (ICD-10 F51.2) hin zu einer somatischen Delayed Sleep Phase Disorder (ICD-10 G47.2; Beschwerde S. 14 Ziff. 4.3), womit im Ergebnis das MEDAS C. _____-Gutachten vom 14. Dezember 2018 (AB 150.1) rückwirkend für teilweise unzutreffend erklärt werden müsste, nicht gefolgt werden. Aus den medizinischen Akten geht nichts hervor, was diese Diagnoseänderung rechtfertigen könnte. Es bestehen keine medizinischen Berichte, die fachärztlich unter Berücksichtigung entsprechender Leitlinien nachvollziehbar und überzeugend darlegen würden, dass die seit langem bekannte Verschiebung des Schlaf-Wach-Rhythmus inzwischen eine somatische Ursache hätte bzw. somatisch erklärt werden könnte. Diesbezüglich ist hervorzuheben, dass auch im Bericht der Psychiatrischen Dienste I. _____ vom 31. März 2023 (wie rund ein Jahr später im Bericht des Zentrums H. _____ der Psychiatrischen Dienste I. _____ vom 12. März 2024 [BB 3]) einzig ein hochgradiger Verdacht auf eine Delayed Sleep Phase Disorder gestellt wurde (AB 213 S. 3 S. 1). Eine solche Verdachtsdiagnose reicht zur Anerkennung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens grundsätzlich nicht aus (Entscheid des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2020, 9C_445/2020, E. 4.2.2), so dass allein durch die Diagnosestellung kein neuer resp. veränderter Gesundheitsschaden erstellt ist. Darüber hinaus wurde seitens des Zentrums H. _____ der Psychiatrischen Dienste I. _____ im Bericht vom 12. März 2024 betreffend eine Untersuchung vom 21. November 2023 erneut vorab eine Anpassung des Schlaf-Wach-Rhythmus empfohlen mit regelmässigen Aufstehzeiten mit Vermeidung von Bettliegezeiten (wach im Bett) und regelmässiger körperlicher Bewegung (BB 3 S. 2), was gegen eine (nicht überwindbare somatische) Erkrankung spricht. Dies bestätigt vielmehr die Einschätzung der Gutachter der MEDAS C. _____, die keine somatische Grundlage erheben konnten. Dem Be-

schwerdeführer wurden und werden schlafhygienische Massnahmen und mehr körperliche Betätigung empfohlen (AB 187 S. 3, 198 S. 8 f., 213 S. 4). Mithin gehen damit auch die behandelnden Ärzte nach wie vor von zumutbaren, einfach umsetzbaren schadenmindernden Möglichkeiten aus.

Dass die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ – wie im Übrigen auch der Hausarzt Dr. med. G. _____ im Bericht vom 14. Januar 2023 (AB 190 S. 2 f.) – aufgrund der neu diagnostizierten obstruktiven Schlaf-Apnoe eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit 2019 postuliert hat (AB 233 S. 5 Ziff. 1), ändert – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 11 Ziff. 3.7) – nichts. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Dr. med. E. _____ hat ausführlich und überzeugend dargelegt, dass die Schlaf-Apnoe infolge Malcompliance unzureichend behandelt ist und dass diese mit einer Schlafmaske behandelbar ist (AB 233 S. 6 Ziff. 4; 256 S. 3). Von nichts anderem gehen die behandelnden Ärzte aus. Soweit diesbezüglich beschwerdeweise geltend gemacht wird, dass die Schlaf-Apnoe aufgrund einer Maskenunverträglichkeit zurzeit nicht adäquat behandelt werden könne (Beschwerde S. 13 Ziff. 3.11 und S. 16 Ziff. 6.2; vgl. auch Replik S. 2 Ziff. 4), kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden. Entgegen den Behauptungen in der Beschwerde ist eine solche Maskenunverträglichkeit nicht medizinisch ausgewiesen. Die APAP-Therapie wurde einzig aufgrund der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers pausiert, dass es "mit der Maske [...] für ihn noch weniger möglich [war] einzuschlafen" (AB 196 S. 4). Diesbezüglich ist hervorzuheben, dass er gegenüber der behandelnden Ärztin des Spitals F. _____ im Rahmen der ambulanten APAP-Therapieeinleitung im August 2022 noch angegeben hatte, dass er sich mit dem aktuellen Maskenmodell und den Druckeinstellungen wohl fühle (AB 187 S. 3), was gegen eine grundsätzliche Maskenunverträglichkeit spricht. Zudem wurde im Bericht des Zentrums H. _____ der Psychiatrischen Dienste I. _____ vom 12. März 2024 eine psychiatrische Begleitung der APAP-Gewöhnung, zu Beginn mit medikamentöser Unterstützung empfohlen (BB 3 S. 2), was bei einer medizinischen Maskenunverträglichkeit unmöglich wäre. Damit handelt es sich bei

der bestehenden obstruktiven Schlaf-Apnoe aufgrund der (guten) Behandelbarkeit offensichtlich nicht um einen hier massgeblichen Gesundheitsschaden.

Dass aus anderen somatischen Gründen eine massgebende Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten wäre, geht aus den Akten nicht hervor und wird im Übrigen auch nicht geltend gemacht.

4.5.3 Nach dem Dargelegten ist der medizinische Sachverhalt gestützt auf die vorliegenden Akten hinreichend erstellt, weshalb auf weitere Beweiserhebungen – entgegen dem Antrag in der Beschwerde (S. 2 Ziff. 1 2; vgl. auch S. 12 f. Ziff. 3.10 und S. 13 Ziff. 3.12; vgl. auch Replik S. 2 Ziff. 1) – zu verzichten ist (antizipierte 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).

4.5.4 Letztlich bleibt festzuhalten, dass im Urteil des Verwaltungsgerichts vom 8. April 2020 (IV/2019/620; AB 171 S. 16 ff. E. 5) ein umfassendes strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 durchgeführt wurde. Dass sich diesbezüglich aus sachverhaltlicher Sicht eine massgebliche Veränderung eingestellt hätte, geht aus den Akten nicht hervor und wird im Übrigen auch zu Recht nicht geltend gemacht. Nach wie vor berichtet der Beschwerdeführer über ein Rendement mit privaten Verrichtungen, inzwischen auch mit zwei Kleinkindern (Jahrgang 2019 und 2021 [AB 173 S. 4 Ziff. 3]), das mit demjenigen anlässlich der Begutachtung und der darauf basierenden gerichtlichen Beurteilung übereinstimmt.

4.6 Auch aus erwerblicher Sicht hat sich gemäss Aktenlage im hier massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 4.1 hiervor) nichts Entscheidendes geändert. Entsprechendes wird denn auch nicht geltend gemacht.

4.7 Somit ist erstellt, dass weder eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes noch der erwerblichen Situation eingetreten ist. Der Beschwerdeführer hat folglich weiterhin keinen Anspruch auf Leistungen der IV. Die angefochtene Verfügung vom 1. März 2024 (AB 247) ist nach dem Dargelegten nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist 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 in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss 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 in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss 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:

Die Gerichtsschreiberin:

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.