

200 24 322 IV
KOJ/SCC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. August 2024

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Isliker, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. März 2024



Sachverhalt:

A.

Der 1978 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war vom 1. Juni 2018 bis 31. Juli 2021 als ... zu 100 % für die C._____ AG, ..., tätig (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 1/6, 3, 10/2). Im Mai 2021 meldete er sich unter Hinweis auf Rückenbeschwerden (act. II 5.2/2, 13/2) bei der IVB-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (act. II 1). Die IVB veranlasste eine Begutachtung durch die MEDAS D._____, ... (MEDAS; Gutachten vom 14. November 2022 [act. II 55.1-55.7]). Mit Vorbescheid vom 20. Februar 2023 stellte die IVB die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (act. II 62). Dagegen erhob der Versicherte am 26. März 2023 Einwand und reichte eine Stellungnahme der behandelnden Dr. med. E._____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, und M.Sc. F._____, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, sowie M.Sc. G._____, Eidg. anerkannter Psychotherapeut (seit 4. März 2024), Spital H._____ vom 15. März 2023 ein (act. II 67). Nach Rückfragen durch die IVB reichte die MEDAS eine Stellungnahme vom 4. September 2023 ein (act. II 74). Mit neuem Vorbescheid vom 10. Oktober 2023 stellte die IVB die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (act. II 75). Nach Eingang eines Berichts von Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und J._____, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, sowie dipl. Psych. M.Sc. G._____, Spital H._____, vom 14. November 2023 (act. II 79) sowie einer Stellungnahme der MEDAS vom 21. Februar 2024 (act. II 86) verneinte die IVB mit Verfügung vom 15. März 2024 bei einem Invaliditätsgrad von 4 % den Anspruch des Versicherten auf eine Rente (act. II 87).

B.

Mit Eingabe vom 29. April 2024 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte das Folgende:

1. Die Verfügung vom 15. März 2024 sei aufzuheben und dem Versicherten seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten, insbesondere eine Rente.
2. Eventualiter sei die Verfügung vom 15. März 2024 aufzuheben und das Verfahren an die IV-Stelle zurückzuweisen zu weiteren Abklärungen (Gutachten).

- unter Kosten und Entschädigungsfolge

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde – vorbehältlich nachfolgender E. 1.2 – einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 15. März 2024 (act. II 87). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss auch andere Leistungen beantragt (vgl. Rechtsbegehren Ziff. 1), wurde darüber nicht verfügt (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2021 AHV Nr. 21 S. 69 E. 5.2) und ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

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 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung datiert vom 15. März 2024 (act. II 87), somit nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020. Mit Blick auf die Anmeldung zum Leistungsbezug vom Mai 2021 (act. II 1) sowie die sechsmonatige Karenzfrist des Art. 29 Abs. 1 IVG liegt der frühestmögliche Zeitpunkt des potentiellen Anspruchs auf eine Rente im November 2021, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung (fortan aArt.) Anwendung finden (vgl. dazu auch Rz. 9101 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungsrecht über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung

[KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

2.2 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).

2.3 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).

Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters

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

2.4 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 wiederherstellen, 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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Art. 29 Abs. 2 IVG).

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).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüg-

lich 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.

3.1 Den Akten ist bezüglich des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 10. Oktober 2022 hielten Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und M.Sc. L._____, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, Spital H._____, fest, bei nicht eindeutigen Testergebnissen mit verschiedenen möglicherweise mitwirkenden Faktoren (Konsum von 2.5 Liter Kaffee pro Tag, chronische Schmerzen, langjähriger und schwerer Substanzkonsum) könne die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS; ICD-10 F90.0) nicht abschliessend beurteilt werden. Aufgrund des bereits in der Kindheit und Schulzeit auffälligen Verhaltens bestehe jedoch weiterhin ein Verdacht auf ein ADHS (act. II 61/3).

3.1.2 Die angefochtene Verfügung vom 15. März 2024 (act. II 87) stützt sich in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten der MEDAS von Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Prof. Dr. med. N._____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. O._____, Facharzt für Rheumatologie, Nephrologie und Allgemeine Innere Medizin, med. pract. P._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. November 2022 (act. II 55.1). Die Sachverständigen diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (act. II 55.1/11 Ziff. 4.2.1):

- Panvertebrales Schmerz-Syndrom (ICD-10: M54.80) bei/mit
 - o vertebralegener Haltungsinsuffizienz (ICD-10: M53.80) mit
 - o thorakaler Kyphoskoliose nach M. Scheuermann (ICD-10: M41.54)
 - o muskuläre Dystonie zerviko-nuchal, thorakal (ICD-10: M62.80)
- AC-Gelenksarthrose rechts (ICD-10: M19.01)

Ohne Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie das Folgende (act. II 55.1/11 Ziff. 4.2.2):

- Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren (Schmerzproblematik; ICD-10: F59)
- Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10: F10.14)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10: F12.14)

Im Jahr 2020 sei der Verdacht auf einen Morbus Scheuermann im Rahmen eines chronischen Panvertebralsyndroms geäussert worden. Im Laufe der nächsten Jahre sei es zu fortschreitender Chronifizierung mit Schmerzausweitung und iatrogener Opioidabhängigkeit gekommen (act. II 55.1/10 Ziff. 4.1.1).

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... hielten die Sachverständigen fest, dass der Beschwerdeführer in allgemein- internistischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht zu 0 % arbeitsunfähig sei. In rheumatologischer Hinsicht sei er zu 40 % eingeschränkt. Eine angepasste Verweistätigkeit sei ihm aus interdisziplinärer Sicht zu 100 % (0 % arbeitsunfähig) zumutbar (act. II 55.1/14 Ziff. 4.7). Die im ambulanten Umfeld seit November 2020 immer wieder ausgestellten Arbeitsunfähigkeits-Atteste liessen sich teilweise nachvollziehen, da auch die Sachverständigen eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sähen, jedoch lediglich in einer Grössenordnung von 40 % (act. II 55.1/15 Ziff. 4.7). Zum Zumutbarkeitsprofil führten die Sachverständigen aus, eine in rheumatologischer Hinsicht angepasste Tätigkeit sei eine körperlich leichte bis maximal mittelschwere Arbeit, das Heben von gelegentlichen Gewichten bis maximal 20 kg solle nicht überschritten werden. Repetitive Rumpfbewegungen und Zwangshaltungen seien zu vermeiden, wechselbelastende Tätigkeiten seien zu empfehlen (act. II 55.1/15 Ziff. 4.8).

3.1.3 In der Stellungnahme vom 15. März 2023 diagnostizierten die behandelnde Dr. med. E. _____ und die dipl. Psych. M.Sc. F. _____ sowie dipl. Psych. M.Sc. G. _____, Spital H. _____, das Folgende (act. II 67/3):

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.40)

2. Verdacht auf einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ICD-10: F90.0)
3. Status nach psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F12.1): Gemäss Patient seit 08/2022 abstinert
4. Status nach psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10.1): Gemäss Patient aktuell gelegentlicher Konsum im gesellschaftlichen Rahmen

Zur Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung hielten sie fest, die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters, dass keine Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum vorliege, würden sie nicht teilen. Beim Patienten bestünden andauernde, schwere und quälende Schmerzen, welche durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könnten und welche anhaltend der Hauptfokus für die Aufmerksamkeit des Patienten seien. Da keine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis vorliege und die Symptome nicht ausschliesslich während einer affektiven Störung, einer Somatisierungsstörung, einer undifferenzierten somatoformen Störung oder einer hypochondrischen Störung aufgetreten seien, seien die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) erfüllt. Bedingt durch den Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung liege eine deutliche Einschränkung des Funktionsniveaus des Patienten mit u.a. Einschränkung in der Mobilität und in der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie eine reduzierte Anpassungsfähigkeit an Routine und Strukturen vor. Aus psychiatrischer Sicht könne zusätzlich eine depressive Entwicklung beobachtet werden. Aufgrund des deutlich reduzierten Funktionsniveaus, vor allem im Zusammenhang mit der somatoformen Schmerzstörung, liege eine deutliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit vor und aktuell bestehe wenig Chance für eine zeitnahe berufliche Wiedereingliederung. Es sei jedoch davon auszugehen, dass die Chancen für das Gelingen eines Wiedereingliederungsversuches mit Unterstützung der IV deutlich erhöht werden könnten (act. II 67/4).

3.1.4 In der Stellungnahme der MEDAS vom 4. September 2023 hielt Dr. med. M. _____ auf Rückfragen der Beschwerdegegnerin fest, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne nicht nachvollzogen werden. Es werde im psychiatrischen Teilgutachten differenzialdiagnostisch beleuchtet, dass keine Erkrankungen aus dem somato-

formen Diagnosespektrum hätten festgestellt werden können. Es würden von den behandelnden Ärzten, insbesondere die Arbeitsfähigkeit betreffend, auch psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einbezogen, die von den Gutachtern als versicherungspsychiatrisch nicht relevant einzustufen seien. Die weitere aufgeworfene Diagnose eines hyperkinetischen Syndroms könne ebenfalls nicht nachvollzogen werden. Es hätten sich bei der Erstellung des psychiatrischen Gutachtens keine Hinweise hierauf ergeben. Es werde der Verdacht auf eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) angeführt. Es dürfe darauf hingewiesen werden, dass bei Erstellung des Gutachtens von Seiten des psychischen Befundes keinerlei Hinweise auf das Bestehen eines ADHS gefunden worden seien. Auch sprächen die weiteren biographischen Gegebenheiten gegen das Bestehen eines ADHS (act. II 74/2).

3.1.5 Im Bericht vom 14. November 2023 hielten die behandelnden Dr. med. I. _____ und dipl. Psych. J. _____ sowie dipl. Psych. M.Sc. G. _____ fest, aufgrund der fehlenden ausreichenden somatischen Korrelate für den starken schmerzbedingten Leidensdruck des Beschwerdeführers würden die Kollegen des Spitals H. _____ die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) bestätigen, welche dem Beschwerdeführer eine Erwerbstätigkeit verunmögliche. Die Verdachtsdiagnose eines ADHS habe mittlerweile bestätigt werden können. Das ADHS sei für die aktuellen Leistungseinschränkungen nicht massgeblich, stelle jedoch einen psychischen Vulnerabilitätsfaktor dar, welche die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung begünstigt habe (act. II 79/2 f.).

3.1.6 In der Stellungnahme der MEDAS vom 21. Februar 2024 führten Dr. med. M. _____ und med. pract. P. _____ aus, die Herleitung einer Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum erscheine weiterhin konstruiert. Auch lasse sich keine depressive Störung feststellen. Im Bericht vom 15. März 2023 sei die Diagnose eines hyperkinetischen Syndroms noch als Verdachtsdiagnose gestellt worden. Alleine eine testpsychiatrische Untersuchung als Grundlage für die Diagnose zu nutzen und diese damit zu begründen, erscheine nicht statthaft. Es habe sich dafür, wie im Gutachten bereits angeführt, kein Anhalt, etwa vor dem Hintergrund der

biographischen Gegebenheiten und auch während der Exploration, ergeben. Die neuropsychologische Untersuchung könne nur ein Baustein innerhalb der Diagnosestellung sein (act. II 86/2).

3.2

3.2.1 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).

3.2.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 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 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.2.3 Bei der Würdigung von divergierenden ärztlichen Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass allenfalls von unterschiedlichen Krankheitsbegriffen ausgegangen wurde. Das in der

Medizin verbreitete bio-psycho-soziale Krankheitsmodell ist weiter gefasst als der für die Belange der Rechtsanwendung massgebende sozialversicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 143 V 418 E. 6 S. 426, 127 V 294 E. 5a S. 299). Beruht die Abweichung allein auf der Verwendung unterschiedlicher krankheitsbegrifflicher Prämissen, so liegen keine einander widersprechenden Einschätzungen im Sinne von BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 vor (SVR 2007 IV Nr. 33 S. 118 E. 5.2).

3.2.4 In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des EVG [heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.3 Das MEDAS-Gutachten vom 14. November 2022 (act. II 55.1), einschliesslich der Teilgutachten (act. II 55.2-55.5), und die ergänzenden gutachterlichen Stellungnahmen vom 4. September 2023 (act. II 74) und vom 21. Februar 2024 (act. II 86) erfüllen die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung und überzeugen (E. 3.2.1 hiervor). Die Gutachter setzten sich mit den Angaben des Beschwerdeführers zu den gesundheitlichen Beschwerden einlässlich auseinander (act. II 55.1/10 Ziff. 4.1.2, 55.2/13 Ziff. 3.2.1, 55.3/8 ff. Ziff. 3.2.1, 55.4/7 Ziff. 3.2.1, 55.5/15 ff. Ziff. 3.1, 3.2.1). Die Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten (act. II 55.2/8 ff. Ziff. 2, 55.5/8 ff. Ziff. 2, 55.6) getroffen worden. Basierend darauf haben die Sachverständigen die medizinischen Befunde (act. II 55.2/20 ff. Ziff. 4.3.1, 55.3/16 f. Ziff. 4.3.1, 55.4/13 f. Ziff. 4.3, 55.5/29 ff. Ziff. 4.3), die zu stellenden Diagnosen (act. II 55.2/27 Ziff. 6.3.1, 55.3/21 Ziff. 6.3, 55.4/15 Ziff. 6.3, 55.5/35 f. Ziff. 6.3) und die daraus zu ziehenden Schlussfolgerung nachvollziehbar und einleuchtend dargestellt (act. II 55.2/24 Ziff. 6, 55.2/29 ff.

Ziff. 7 ff., 55.3/19 Ziff. 6.2, 55.3/22 ff. Ziff. 7 f., 55.4/16 ff. Ziff. 8, 55.5/32 f. Ziff. 6, 55.5/40 ff. Ziff. 8). Gemäss MEDAS-Gutachter stehen die rheumatologischen Diagnosen im Vordergrund (act. II 55.1/12 Ziff. 4.3), was mit Blick auf die medizinischen Akten (etwa act. II 5.2, 11/2 ff., 18/16 ff.), auf die sich auch die MEDAS-Sachverständigen stützten (act. II 55.6), nachvollziehbar ist. Dass der Beschwerdeführer aufgrund der degenerativen Veränderungen und der chronifizierten Haltungsinsuffizienz im Achsenskelett in der angestammten Tätigkeit als ... zu 40 % eingeschränkt ist (act. II 55.1/14 Ziff. 4.7, 55.2/30 Ziff. 7.2, 55.2/31 Ziff. 8.1.2), ihm jedoch eine körperlich leichte bis maximal mittelschwere Arbeit vollumfänglich zumutbar ist (act. II 55.1/14 f. Ziff. 4.7 f., 55.2/32 Ziff. 8.2.1), ist nachvollziehbar und überzeugt. Weder in neurologischer noch allgemein-internistischer Hinsicht wurden Diagnosen mit bzw. ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (act. II 55.3/21 Ziff. 6.3, 55.4/15 Ziff. 6.3). In psychiatrischer Hinsicht stellte der Sachverständige keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; seine Beurteilung, dass der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig sei, auch in der angestammten Tätigkeit (act. II 55.5/42 Ziff. 8.2.2), ist nachvollziehbar und schlüssig. Die Sachverständigen nahmen weiter in überzeugender Weise zur Konsistenz (act. II 55.1/13 Ziff. 4.6) und zu den Belastungsfaktoren sowie Ressourcen (act. II 55.1/12 Ziff. 4.5) Stellung.

3.4 Der Kritik des Beschwerdeführers, die medizinischen Akten seien im psychiatrischen Teilgutachten nicht umfassend gewürdigt worden (Beschwerde S. 4 Ziff. 4a), kann nicht gefolgt werden. Im Vordergrund standen die Rückenbeschwerden (act. II 5.2/1 f., 11/8 ff., 18/16 ff., 55.1/12 Ziff. 4.3); es erfolgte in diesem Zusammenhang vom 2. bis 22. Februar 2021 eine Rehabilitation in der Klinik Q._____ (act. II 5.2/2 ff.). In den medizinischen Berichten tönnten die Behandelnden lediglich eine mögliche psychische Komponente an, so nannten sie einen Verdacht auf einen depressiven Zustand (act. II 11.7 bzw. 23/3). In der ambulanten Schmerzsprechstunde im Spital R._____ diagnostizierten sie chronische muskuloskelettale Schmerzen der gesamten BWS und LWS (Brust- und Lendenwirbelsäule) und stellten keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, sondern empfahlen die Weiterführung der Physio- und Psychotherapie (Bericht vom 25. November 2021 [act. II 31/4]). Auch in den Berichten des Spitals H._____ vom 18. Mai (act. II 39) sowie vom

9. September 2022 (act. II 50) wurden keine psychiatrischen Diagnosen genannt, sondern von einer Schmerzausweitung gesprochen und in der Folge die weitere Durchführung einer Psychotherapie sowie einer Schmerzpsychotherapie bzw. allenfalls einer stationären psychosomatischen Rehabilitation empfohlen (act. II 31/4, 50). Med. pract. P._____ berücksichtigte im psychiatrischen Teilgutachten insbesondere auch die vorgenannten Berichte der behandelnden Ärzte (act. II 55.5/8 ff. Ziff. 2; vgl. auch act. II 55.6) und setzte sich in der Herleitung der Diagnosen eingehend mit der Frage auseinander, ob eine Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum, eine depressive Symptomatik oder eine Persönlichkeitsstörung vorliege und verneinte dies überzeugend (act. II 55.5/36 f. Ziff. 6.4). Er wies zudem ausdrücklich darauf hin, dass die behandelnden Fachärzte bis zum Begutachtungszeitpunkt keine Diagnose aus dem somatoformen Diagnosespektrum genannt hatten (act. II 55.5/14 Ziff. 1.4, 55.5/36 Ziff. 6.4). Bezüglich der vom psychiatrischen Gutachter erwähnten geringen Behandlungsaktivität (act. II 55.5/39 Ziff. 7.2) bezog er sich auf die kontrollierten Laborparameter, welche dafür sprachen, dass der Beschwerdeführer die Medikation nicht entsprechend den gemachten Dosisangaben eingenommen hatte (act. II 55.5/31 Ziff. 4.3.2.2). Die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters ist damit umfassend, nachvollziehbar sowie schlüssig und spricht klar gegen einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden.

Nichts an diesem Ergebnis ändern die nach der Begutachtung erstellten Berichte von Dr. med. E._____, und dipl. Psych. M.Sc. F._____, Spital H._____, vom 15. März 2023 (act. II 67) sowie von Dr. med. I._____, und dipl. Psych. J._____, sowie dipl. Psych. M.Sc. G._____, Spital H._____, vom 14. November 2023 (act. II 79). Auf Rückfragen der Beschwerdegegnerin setzten sich die MEDAS-Gutachter damit einlässlich auseinander (act. II 74, 86); wenn sie dennoch nicht von ihrer Einschätzung bezüglich der im Gutachten verneinten somatoformen Schmerzstörung abwichen, ist dies nicht zu beanstanden. Denn der psychiatrische Gutachter hatte – wie erwähnt – bereits überzeugend begründet, weshalb keine somatoforme Schmerzstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (act. II 55.5/36 Ziff. 6.4). Einzig der Umstand, dass die behandelnden Ärzte im Nachgang zum Gutachten zu einer anderen

Einschätzung gelangen, vermag nicht, das schlüssige MEDAS-Gutachten (act. II 55.1) und insbesondere das psychiatrische Teilgutachten (act. II 55.5) in Zweifel zu ziehen (vgl. E. 3.2.2 hiervor), zumal der nachträglichen Stellungnahme keine wesentlichen neuen Aspekte zu entnehmen sind, die im Rahmen des Gutachtens unerkannt oder unberücksichtigt geblieben wären (vgl. SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Für die Bestimmung des Rentenanspruchs ist zudem grundsätzlich unbezweifelhaft die Diagnose und der Ätiologie massgebend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 413; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 29. April 2021, 8C_761/2020, E. 5.3). Auch wenn im Bericht vom 14. November 2023 angeführt wird, die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) seien (aus psychologischer Sicht) erfüllt und diese verunmögliche dem Beschwerdeführer eine Erwerbstätigkeit (act. II 79/2 f.), überzeugt die Einschätzung einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit nicht. Es ist dabei auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Spezialärzte, auch schmerztherapeutisch Behandelnde (vgl. E. 3.2.4 hiervor), im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. 3.2.4 hiervor).

Bezüglich des ADHS führten die Behandelnden im Bericht vom 14. November 2023 an, die noch im Bericht vom 10. Oktober 2022 gestellte Verdachtsdiagnose (vgl. act. II 61) sei nunmehr bestätigt worden (act. II 79/3). Sie hielten indes ausdrücklich fest, dass dies für die aktuelle Leistungseinschränkung nicht massgeblich sei (act. II 79/3). Da die MEDAS-Gutachter keine somatoforme Schmerzstörung diagnostizierten, kann der Aussage der Behandelnden, das ADHS stelle einen psychischen Vulnerabilitätsfaktor dar, welcher die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung begünstigt habe (act. II 79/2 f.), ohnehin nicht gefolgt werden. Ein ADHS bei Erwachsenen wird denn auch gerade nichts als invalidisierend betrachtet (MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4. Aufl. 2022, Art. 4 Rz. 67 m.H.). Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 8 Ziff. III/4d) liegt ebenfalls keine erhebliche psychische Komorbidität vor, denn eine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde nicht gestellt (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 6).

Der Beschwerdeführer macht ferner geltend, die psychosozialen Faktoren spielten eine grosse Rolle (Beschwerde S. 5 f. Ziff. III/4b). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 7), vermag der Beschwerdeführer aus psychosozialen Gründen nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, denn ein psychosozial bedingtes Beschwerdebild begründet keine Invalidität (vgl. Entscheid des BGer vom 17. Mai 2018, 8C_858/2017, E. 3.2). Die vom Beschwerdeführer zitierte Rechtsprechung ist nicht einschlägig: Eine deutlich ausgeprägte psychische Störung liegt gar nicht vor, weshalb soziale Umstände sich nicht derart auswirken können, dass sie eine verselbständigte Gesundheitsschädigung aufrechterhalten könnten (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. III/4b).

3.5 Der medizinische Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt; dies gilt auch für die in psychischer Hinsicht geltend gemachten Beschwerden. Auf weitere Beweiserhebungen (vgl. Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 2) ist in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (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). Nach dem oben Erwähnten steht gestützt auf das schlüssige MEDAS-Gutachten fest, dass der Beschwerdeführer in rheumatologischer Hinsicht in der angestammten Tätigkeit als ... zu 40 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Demgegenüber ist er in interdisziplinärer Hinsicht in einer körperlich leichten bis maximal mittelschweren (ohne repetitive Rumpfbewegungen und Zwangshaltungen, mit einer Gewichtslimite von 20 kg; zu empfehlen sind wechselbelastende Arbeiten) angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (vgl. auch act. II 87).

4.

4.1 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte mitein-

ander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 64 E. 4.4.2).

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).

Frühestmöglicher Rentenbeginn ist mit Blick auf die Anmeldung im Mai 2021 (act. II 1) und die Karenzfrist (Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. dazu E. 2.4 hiervor) der 1. November 2021, weshalb der Einkommensvergleich auf diesen Zeitpunkt erfolgt (vgl. auch act. II 87).

4.3

4.3.1 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. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2).

4.3.2 Für das Valideneinkommen ist unbestritten auf die Angaben der C._____ AG, bei welcher der Beschwerdeführer bis Ende Juli 2021 (letzter effektiver Arbeitstag: 29. Januar 2021 [act. II 15/2 Ziff. 2]) tätig war, abzustellen. Im Jahr 2020 erzielte der Beschwerdeführer einen Lohn von Fr. 68'850.-- (inkl. Gratifikation; act. II 15/4 Ziff. 2.12). Die negative Lohnentwicklung gemäss Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016-2022, Ziff. 45-47 Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen (2020: 102.0; 2021: 101.9), ist hier nicht zu berücksichtigen, da nicht überwiegend wahrscheinlich ist, dass die Arbeitgeberin eine entsprechende Lohnkürzung vorgenommen hätte.

4.4

4.4.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 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 Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

4.4.2 Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481).

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 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).

4.4.3 Der Beschwerdeführer übt keine angepasste Tätigkeit im Pensum von 100 % aus (vgl. E. 3.5 hiervor), weshalb nicht zu beanstanden ist, dass

die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2020, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer, von Fr. 5'261.-- ermittelte. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit (41.7 Stunden; vgl. Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008] in Stunden pro Woche, Ziff. 01-96 Total, 2021), aufgerechnet auf ein Jahr und indexiert auf das Jahr 2021 (Tabelle T1.1.15, Nominallohnindex, Männer, 2016-2022, Ziff. 5-96 Total, 2020: 103.2; 2021: 102.5) ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 65'368.70 (Fr. 5'261.-- / 40 x 41.7 x 12 / 103.2 x 102.5). Einen Abzug vom Tabellenlohn nahm die Beschwerdegegnerin nicht vor; selbst bei einem maximalen Abzug von 25 %, welcher in dieser Höhe ohnehin nicht gerechtfertigt wäre, würde sich nichts am Ergebnis ändern (Fr. 65'368.70 x 0.75 = Fr. 49'026.50), weshalb die Frage eines Abzugs vom Tabellenlohn offenbleiben kann.

4.5 Die Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 68'850.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 65'368.70 ergibt eine Einbusse von Fr. 3'481.30 und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet 5 % ($[(\text{Fr. } 68'850.-- \text{ } - \text{ } \text{Fr. } 65'368.70)] / \text{Fr. } 68'850.-- \times 100 = 5.0$) bzw. von maximal 29 % ($[(\text{Fr. } 68'850.-- \text{ } - \text{ } \text{Fr. } 49'026.50)] / \text{Fr. } 68'850.-- \times 100 = 28.7$ [bei einem maximal möglichen {hier nicht gerechtfertigten} Abzug von 25 %]). Der Beschwerdeführer hat somit keinen Anspruch auf eine Rente.

4.6 Nach dem Dargelegten ist die gegen die Verfügung vom 15. März 2024 (act. II 87) erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

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 Be-

zahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher 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.