

IV 200 2024 729
FUE/ZID/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. Juni 2025

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 3. Oktober 2024



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene und zuletzt bis im Jahr 2013 als ... erwerbstätig gewesene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals im Dezember 2014 unter Hinweis auf chronischen Durchfall und infolgedessen Untergewicht bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2, 9, 30, 32, 109). Im Rahmen medizinischer und erwerblicher Abklärungen holte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) einen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 9. Juli 2015 (act. II 23) und einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 27. Januar 2016 (act. II 33) ein. Im Vorbescheidverfahren (mit mehreren Vorbescheiden [act. II 35, 47, 73] und nach mehrfach erhobenen Einwänden [act. II 39, 41, 48, 74]) ergänzte sie ihre Abklärungen mit Stellungnahmen des RAD (vom 28. April 2016 [act. II 43], 28. Juli 2016 [act. II 51] und 23. November 2017 [act. II 77]) sowie des Bereichs Abklärungen (vom 7. Juni 2016 [act. II 45], 13. Juli 2017 [act. II 71] und 4. Dezember 2017 [act. II 79]) bzw. entsprechend aktualisierten Abklärungsberichten (vom 7. Juni 2016 [act. II 46] und 13. Juli 2017 [act. II 72]). Zusätzlich liess sie den Versicherten polydisziplinär begutachten (Expertise der C._____ [MEDAS] vom 26. Juni 2017 [act. II 69.1]). Mit Verfügung vom 6. Dezember 2017 verneinte sie (basierend auf einem Status von 80 % Erwerb und 20 % Haushalt) bei einem Invaliditätsgrad von 16 % den Anspruch auf eine Invalidenrente (act. II 80). Eine dagegen erhobene Beschwerde (act. II 83/3 ff.) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil IV 200 2018 15 vom 30. April 2018 ab (act. II 86), was vom Bundesgericht (BGer) mit Urteil 9C_411/2018 vom 24. Oktober 2018 (act. II 89; publ. in SVR 2019 IV Nr. 23 S. 71) bestätigt wurde.

Im Mai 2022 (Postaufgabe) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf chronische Darmbeschwerden bzw. eine Colitis ulcerosa mit rezidivierenden Bauchschmerzen erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 99). Nach Einreichung aktueller Arztberichte (act. II 102) erachtete die IVB Eingliederungsmassnahmen als nicht möglich (act. II 104). Im Rahmen der anschliessenden Rentenprüfung tätigte sie wiederum medizi-

nische und erwerbliche Abklärungen und liess den Versicherten auf Empfehlung des RAD (act. II 152/18 f.) polydisziplinär begutachten (Verlaufsexpertise der MEDAS vom 21. Mai 2024 [act. II 181.1]). Mit Vorbescheid vom 3. Juni 2024 stellte sie bei in Anwendung der gemischten Methode (80 % Erwerb und 20 % Haushalt) ermittelten Invaliditätsgraden von 16 bzw. 22 % die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht (act. II 183). Nach dagegen erhobenen Einwänden (act. II 189, 191) und diesbezüglicher Stellungnahme der MEDAS vom 19. September 2024 (act. II 194) verfügte die IVB am 3. Oktober 2024 wie angekündigt (act. II 195).

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 30. Oktober 2024 Beschwerde erheben mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen und insbesondere Einholung eines neuen verwaltungsexternen Sachverständigengutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 2. Dezember 2024 unter Beilage einer Stellungnahme des RAD vom 20. November 2024 (in den Gerichtsakten) auf Abweisung der Beschwerde. Diese wurde dem Beschwerdeführer mit prozessleitender Verfügung vom 3. Dezember 2024 zugestellt.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 3. Oktober 2024 (act. II 195). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers 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.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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). 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).

2.2 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).

2.3

2.3.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades 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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

2.3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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, I 822/06 E. 2.1).

2.3.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den

Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 83, 9C_357/2019 E. 3).

2.3.4 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).

2.3.5 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

3.

3.1 Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom Mai 2022 (act. II 99) eingetreten ist und den Leistungsanspruch mit der angefochtenen Verfügung vom 3. Oktober 2024 (act. II 195) materiell geprüft hat. Folglich ist die Eintretensfrage – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 6. Dezember 2017 (act. II 80) und der angefochtenen Verfügung vom 3. Oktober 2024 (act. II 195; vgl. E. 2.3.4 hiervor) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.3 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht erging die Verfügung vom 6. Dezember 2017 (act. II 80) gestützt auf das polydisziplinäre (allgemeininternistische, psychiatrische und gastroenterologische) MEDAS-Gutachten vom 26. Juni 2017 (act. II 69.1). Die Gutachter diagnostizierten mit Einfluss auf die Ar-

beitsfähigkeit ein schweres (Diarrhoe-dominantes) Reizdarmsyndrom (ICD-10 K58.0) sowie einen Verdacht auf Laktoseintoleranz (ICD-10 E73.9) und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), eine somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes (ICD-10 F45.31/F45.32), eine latente Tuberkulose (ICD-10 A16.9), chronischen Nikotinabusus (ICD-10 F17.1), einen Status nach Helicobacter-Gastritis, behandelt (ICD-10 K29.5), sowie innere Hämorrhoiden leichten Grades (ICD-10 K64.9; act. II 69.1/16 Ziff. 5). Beurteilend legten sie dar, es liege ein schweres Reizdarmsyndrom vor, möglicherweise ausgelöst durch einen Infekt vor mehr als 20 Jahren, wobei auch psychosomatische Elemente sicher eine Rolle spielten. Ein organisches Korrelat für die genannten Beschwerden habe nie gefunden werden können. Der Beschwerdeführer habe nie über längere Zeit regelmässig kleine Dosen von Loperamid genommen, was zu einer besseren Stuhlregulation führen könnte (act. II 69.1/15 Ziff. 4.2.4). In den Akten sei auch eine depressive Episode aufgeführt, sogar mittelschwer bis schwer mit somatischem Syndrom, aufgetreten erstmals ca. 1994 im Militärdienst nach Kampfhandlungen und Traumatisierungen. Im Untersuchungsgespräch habe der Beschwerdeführer aber keine Traumatisierungen angegeben, die zu einer posttraumatischen Belastungsstörung hätten führen können, und er habe auch explizit verneint, direkte Gewalt erlebt zu haben. Konzentrationsstörungen seien nicht feststellbar gewesen (act. II 69.1/12 Ziff. 4.1.7 und /14 Ziff. 4.1.10.4). Aus polydisziplinärer Sicht bestehe seit mehreren Jahren eine Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von mindestens 80 % in jeder geeigneten Erwerbstätigkeit. Die Leistungsfähigkeit sei durch den vermehrten Pausenbedarf aufgrund gehäufter Toilettenbesuche bedingt; andere Einschränkungen fänden sich nicht. Eine lang andauernde, höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne retrospektiv gesehen nicht nachvollzogen werden. Insofern bestehe eine deutliche Diskrepanz zur Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, welcher sich für gar nicht mehr arbeitsfähig halte. Es lägen auch Inkonsistenzen vor, so die nachgewiesene Medikamenten-Noncompliance (act. II 69.1/17 Ziff. 6.2 ff.).

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 6. Dezember 2017 (act. II 80) ergibt sich aus den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende:

3.3.1 Gastroenterologisch diagnostizierte Prof. Dr. med. D._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Gastroenterologie, in den Berichten vom 25. Oktober 2021 (act. II 116/15 f. = 120/5 f.), 26. Januar 2022 (act. II 102/3 f. = 116/10 f. = 120/3 f.), 22. September 2022 (act. II 120/1 f. = 147/10 f.), 25. April 2023 (act. II 149/11 f. = 150/5 f.), 18. Juli 2023 (act. II 146/3 f. = 147/2 f. = 150/3 f.) und 31. Juli 2023 (act. II 147/1 = 149/16 = 150/7) eine Colitis ulcerosa (sowie einen anhaltenden Gewichtsverlust, Muskel- und Gelenkschmerzen und Müdigkeit) mit zunächst deutlicher Befundbesserung und in der Folge Beschwerdefreiheit bzw. kompletter klinischer und histologischer Remission.

3.3.2 Eine rheumatologische Abklärung durch Dr. med. E._____, Fachärztin für Rheumatologie, bei Arthralgien und Myalgien (Bericht vom 14. Dezember 2022 [act. II 130/10 ff. = 150/18 ff.]) ergab keine Hinweise auf das Vorliegen einer chronisch entzündlichen rheumatologischen Erkrankung (Bericht vom 20. April 2023 [act. II 140/5 = 147/7 = 149/7 = 150/16]). Letztlich deutete die behandelnde Rheumatologin die Schmerzen im Rahmen einer chronischen Schmerzerkrankung (Bericht vom 29. Juni 2023 [act. II 149/1 ff. = 150/10 ff.]).

3.3.3 Kardiologisch (Bericht des Dr. med. F._____, Facharzt für Kardiologie, vom 12. September 2022 [act. II 130/25]) und pneumologisch (Berichte des Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Pneumologie, vom 21. Dezember 2022 und 26. Januar 2023 [act. II 131]) ergaben sich keine Hinweise auf relevante Diagnosen.

3.3.4 Der seit Mai 2023 behandelnde Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 7. August 2023 eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und attestierte eine durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 2015 (act. II 148).

3.3.5 Im – im Vergleich zum Erstgutachten – um die Fachdisziplin Rheumatologie erweiterten polydisziplinären MEDAS-Verlaufsgutachten vom 21. Mai 2024 diagnostizierten die Gutachter was folgt (act. II 181.1/9 f. Ziff. 4.3 lit. b und c):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8)
 - deutliche Wirbelsäulenfehlhaltung und Haltungsinsuffizienz mit langstreckiger thorakaler Hyperkyphose
 - deutliche Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen bei allgemeiner muskulärer Dekonditionierung

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0)
- Colon irritabile vom Diarrhoe-Typ bei Status nach Colitis ulcerosa (ICD-10 K51.8/K58.1)
 - Seit zwei Jahren in Remission unter remissionserhaltender Therapie mit Mesalazinen
 - komplettes Mucosal Healing Juli 2023 (auch histologisch dokumentiert)
 - somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes (ICD-10 F45.31/F45.32)
- rezidivierende Arthralgien unklarer Ätiologie (ICD-10 M25.5)
 - klinisch-rheumatologisch im April 2024 keinerlei fassbare Gelenkdysfunktionen an peripheren Gelenken resp. keine Hinweise für eine aktive entzündlich-rheumatologische Systemerkrankung
- klinisch leicht beginnende Heberdenarthrosen (ICD-10 M15.1)
- klinisch weitgehend asymptomatische Läsion des medialen Meniskushinterhorns links (ICD-10 S83.24)
- chronisches fibromyalgiformes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9)
- Nikotinabusus (ICD-10 F17.1)
- latente Tuberkulose (ICD-10 Z22.7)

Auf rheumatologischem Fachgebiet stehe eine erhebliche Haltungsinsuffizienz des Oberkörpers bei muskulärer Dekonditionierung im Vordergrund der Befunde. Es habe aber kein klares Korrelat in Bezug auf die vom Beschwerdeführer beklagten Arthralgien bei diesbezüglich unauffälligen klinischen Befunden bestanden. Bei der gastroenterologischen Untersuchung sei festgestellt worden, dass bezüglich einer in den Akten genannten Colitis aktuell keine Krankheitsaktivität nachgewiesen werden könne. Es habe weder Konsistenz noch Plausibilität bezüglich der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Symptome bestanden. Der gemäss Aktenlage angebliche Gewichtsverlust von 20 kg habe nicht reproduziert werden können, habe doch der Beschwerdeführer bereits im Jahr 2017 wie heute 60 kg gewogen. Die vom Beschwerdeführer häufig erlebten Hämatochezien liessen sich gestützt auf die Laboruntersuchungen ebenfalls nicht objektivieren. Es fehlten Zeichen der Krankheitsaktivität in den letzten Untersuchungen und zusammenfassend müsse festgehalten werden, dass eine hohe Diskrepanz zwischen den vom Beschwerdeführer an Intensität reklamierten

Symptomen und den objektivierbaren Diagnosen bestehe. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer in einer subdepressiv herabgesetzten Stimmungslage mit vermindertem Antrieb und einer allenfalls mässigen affektiven Modulationsfähigkeit gezeigt. Es hätten gewisse Hinweise auf eine Aggravation von Beschwerden bestanden und das geschilderte erheblich reduzierte Aktivitätsniveau im Alltag sei nicht aus einer psychiatrischen Erkrankung heraus zu erklären (act. II 181.1/8 f. Ziff. 4.2 f.).

Die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit sei nur aus rheumatologischer Sicht zur Gewährung gewisser Arbeitspausen leicht um 20 % reduziert (act. II 181.1/9 ff. Ziff. 4.3 lit. a, Ziff. 4.6.1 ff. und Ziff. 4.7.2 ff.). Optimal angepasst sei eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit. Vermieden werden sollten monotone Arbeitsabläufe (act. II 181.1/11 Ziff. 4.7.1). Somit bestehe seit der letzten Verfügung 2017 eine unveränderte Arbeitsfähigkeit (act. II 181.1/10 Ziff. 4.6.4). Aus rheumatologischer Sicht sei eine medizinische Trainingstherapie klar indiziert. Bei guter Compliance könnte nach spätestens acht bis zwölf Monaten eine deutlich bessere muskuläre Stabilisation erreicht werden mit konsekutiv normaler Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere berufliche Tätigkeiten (act. II 181.1 Ziff. 4.8).

3.3.6 Prof. Dr. med. D. _____ untersuchte den Beschwerdeführer wegen abdomineller Schmerzen und Gewichtsabnahme erneut am 3. Juni 2024. Bei unveränderter (gastroenterologischer) Diagnose einer Colitis ulcerosa habe sich eine leichte Zunahme der Stuhlfrequenz ohne Schleim und Blutbeimengungen gezeigt; laborchemisch zeigten sich normale Leberwerte, ein normales CRP und ein Calprotektin < 30 µg/g (act. II 189/3). Sie empfahl eine Sonographie-Kontrolle sowie eine Koloskopie (durchgeführt am 10. Juni 2024 [Akten des Beschwerdeführers {act. I} 4]) und, sollten diese die Beschwerden nicht erklären, ergänzend eine Gastroskopie (durchgeführt am 12. Juni 2024 [act. I 3]; act. II 189/4).

3.3.7 Dr. med. H. _____ wies im Bericht vom 19. Juli 2024 auf einen mässig deprimierten Zustand des Beschwerdeführers hin. Diagnostisch sei von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere bis schwere Ausprägung (ICD-10 F33.1), sowie von einer generalisierten

Angststörung (ICD-10 F41.1) auszugehen, dies bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit. Im psychopathologischen Befund bestehe eine verschlechterte Stimmungslage mit psychomotorischer Verlangsamung sowie einer verminderten Konzentration und Aufmerksamkeit. Auch das Gedächtnis sei gestört. Es bestünden ein Gefühl der Nutzlosigkeit, Schuldgefühle und eine Schlafstörung. In der Hamilton-Testung hätten sich 41 Punkte ergeben, was für eine mittelschwere bis schwere Depression spreche (act. II 191/3 f.).

3.3.8 Zu den Ausführungen des behandelnden Psychiaters (vgl. E. 3.3.7 hiervor) nahm der MEDAS-Psychiater am 19. September 2024 wie folgt Stellung: Hätte tatsächlich zumindest zum Zeitpunkt der Untersuchung eine depressive Symptomatik in einer zumindest mittelschweren Ausprägung bestanden, so hätten sich Symptome wie eine deutlich herabgesetzte Stimmungslage mit einem erheblich verminderten Antrieb und einer nur schlechten affektiven Modulationsfähigkeit zeigen müssen, auch hätte sich das kognitive Funktionsniveau in der Untersuchung deutlich beeinträchtigt zeigen müssen, was jedoch nicht der Fall gewesen sei. Hinzu komme, dass sich in der Untersuchung deutlich aggravatorische Tendenzen gezeigt hätten, auch hätte das zumindest vom Beschwerdeführer entsprechend beschriebene erheblich verminderte Aktivitätsniveau im Alltag nicht aus einem psychiatrischen Störungsbild bzw. einer depressiven Episode heraus erklärt werden können. Bei der Hamilton Depression Rating Scale handle es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, das üblicherweise und von der ursprünglichen Konzeption her als Verlaufsbeurteilung angewendet werde, was hier nicht der Fall sei. Auch seien entsprechende Testungen lediglich als ein Baustein in einer gesamt diagnostischen Einschätzung und nicht als isoliertes Diagnoseinstrument anzusehen. Die darüber hinaus vom Behandler diagnostizierte Angststörung könne aus dem ohnehin nicht vollständigen psychopathologischen Befund gemäss AMDP nicht abgeleitet werden. Aus gutachterlicher Sicht könne weiterhin auf die bisherige Einschätzung abgestellt werden (act. II 194).

3.3.9 Gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bestätigte Dr. med. H. _____ im Bericht vom 22. Oktober 2024 die von ihm erhobenen Befunde und seine bisherige Diagnosestellung. Aus seiner Sicht

befinde sich der Beschwerdeführer aktuell in einem mittelschweren bis schweren depressiven Zustand und sei deshalb zu 100 % arbeitsunfähig (act. I 5).

3.3.10 Der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, wies in der Stellungnahme vom 20. November 2024 (in den Gerichtsakten) darauf hin, anlässlich der Koloskopie vom 10. Juni 2024 (act. I 4) habe sich eine normale Schleimhaut und somit die Colitis ulcerosa in Remission gezeigt. Gastroskopisch (act. I 5) habe sich zuletzt eine helicobacter-assoziierte Pangastritis gezeigt, welche folgerichtig mit einer Eradikationstherapie (wie vorgeschlagen) therapiert werden sollte. Die weissen Plaques im Ösophagus bedingten keine relevante funktionelle Einschränkung.

3.4

3.4.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung 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).

3.4.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4.3 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, 8C_260/2020 E. 2.2). Der Beweiswert eines im Kontext einer Neuanmeldung verfassten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 39, 9C_244/2017 E. 4.2 und 4.2.1).

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 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3).

3.5 Die angefochtene Verfügung vom 3. Oktober 2024 (act. II 195) basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem Verlaufsgutachten der MEDAS vom 21. Mai 2024 (act. II 181.1), ergänzt durch die Stellungnahme vom 10. September 2024 (act. II 194). Das MEDAS-Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einlässlichen klinischen Explorationen und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Es überzeugt inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation – auch in Bezug auf die Frage nach erheblichen Änderungen des Sachverhalts seit der Erstbegutachtung – einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar be-

gründet sind. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes erfolgte unter Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen anlässlich einer Konsensbesprechung. Damit erfüllt das Gutachten mitsamt der Stellungnahme die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Die MEDAS-Gutachter kommen zum einhelligen und überzeugenden Schluss, dass seit der Referenzverfügung vom 6. Dezember 2017 (act. II 80; vgl. dazu E. 3.1 hiervor), welche auf dem MEDAS-Gutachten vom 26. Juni 2017 mit einer attestierten Arbeitsunfähigkeit von (maximal) 20 % (act. II 69.1/17 Ziff. 6.2 f.) basierte, keine wesentliche und damit keine revisionsrechtlich massgebende Veränderung eingetreten ist (act. II 181.1/11 Ziff. 4.9). Die Gutachter gehen seit dieser Referenzverfügung weiterhin von einer leicht reduzierten Leistungsfähigkeit (Bedarf an Arbeitspausen) bei vollem Pensum, mithin von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % aus (act. II 181.1/10 f. Ziff. 4.6 f.), wobei sich der Pausenbedarf nunmehr aus rheumatologischer Sicht ergibt, währenddem aus gastroenterologischer Sicht keine Einschränkung mehr besteht. Was der Beschwerdeführer gegen das Gutachten vorbringt, dringt nicht durch:

3.5.1 Was die gastroenterologische Problematik anbelangt, bestand in Bezug auf die vom Hausarzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, explizit als Neuanmeldungsgrund aufgeführte "neue" Diagnose einer Colitis ulcerosa (act. II 102/2) schon im Zeitpunkt der Neuanmeldung (Mai 2022 [act. II 99]) Beschwerdefreiheit, wobei die Erstdiagnose vermutlich schon vor 25 Jahren gestellt worden sei (gemäss Bericht von Prof. Dr. med. D. _____ vom 25. Oktober 2021 [act. II 116/15]), bzw. traten keine Durchfälle mehr auf (gemäss weiterem Bericht derselben Ärztin vom 26. Januar 2022 [act. II 102/3]). In Übereinstimmung mit der behandelnden Gastroenterologin diagnostizierten die Gutachter folglich eine Colitis ulcerosa in Remission. Der Sprechstundenbericht der Prof. Dr. med. D. _____ vom 7. Juni 2024 (act. II 189/3 f.) sowie die in der Folge verfassten Berichte zu den weiteren Untersuchungen in Form einer Koloskopie vom 10. Juni 2024 (act. I 4) und einer Gastroskopie vom 12. Juni 2024 (act. I 3) vermögen keine Zweifel am MEDAS-Gutachten (act. II 181.1) zu wecken. Eine Gewichtsabnahme wurde von der behandelnden Ärztin, anders, als mit Einwand vom 10. Juli 2024 postuliert (act. II 189/1), im

Sprechstundenbericht vom 7. Juni 2024 (act. II 189/3) nicht festgestellt bzw. objektiviert, sondern lediglich als eigenanamnestischer Grund für die Konsultation genannt. Des Weiteren wurden normale Leberwerte, ein normales CRP (C-reaktives Protein) und ein Calprotektin < 30 µg/g festgestellt (act. II 189/3), mithin ebenfalls ein Wert im Bereich gesunder Menschen (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 303). Im Hinblick auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachten abdominellen Schmerzen empfahl Prof. Dr. med. D. _____ eine Sonographie-Kontrolle sowie eine Koloskopie und, sollten diese die Beschwerden nicht erklären, ergänzend eine Gastroskopie (act. II 189/4). Die Koloskopie zeigte unauffällige bzw. normale Befunde und ergab somit eine Colitis ulcerosa in Remission (act. I 4), was sich mit dem MEDAS-Gutachten deckt. Die Gastroskopie schliesslich ergab, wie der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ mit Stellungnahme vom 20. November 2024 (in den Gerichtsakten) überzeugend darlegte, eine helicobacter-assoziierte Pangastritis (act. I 3), die mit einer entsprechenden Erradikationstherapie therapiert werden sollte. Abgesehen von dieser Therapie und einer Kontrolle des Stuhls drei Monate nach der Untersuchung erachtete die behandelnde Spezialistin keine weiteren Untersuchungen oder Massnahmen als erforderlich, welche Einschätzung vom RAD-Internisten geteilt wurde, so dass auch in dieser Hinsicht auf die Expertise abgestellt werden kann.

3.5.2 Betreffend das psychiatrische Teilgutachten legte der Beschwerdeführer einwandweise einen Bericht des Dr. med. H. _____ vom 19. Juli 2024 (act. II 191/3 f.) und beschwerdeweise einen solchen vom 22. Oktober 2024 (act. I 5) ins Recht. In diesen Berichten diagnostizierte der behandelnde Psychiater eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11), sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Zu ersterem Bericht legte der psychiatrische MEDAS-Gutachter dar, dass weder die Symptome noch das kognitive Funktionsniveau in der Untersuchung einer zumindest mittelgradigen depressiven Symptomatik entsprochen habe, was mit Blick auf den psychopathologischen Befund (act. II 181.4/4 f. Ziff. 4.3) überzeugt. Ferner wies der Gutachter auf die deutlich aggraviorischen Tendenzen des Beschwerdeführers hin. Sodann legte der Gutachter nachvollziehbar und überzeugend dar, dass gestützt auf den erhobenen psychopathologi-

schen Befund ("Symptome aus dem Spektrum der Angststörungen, respektive frei flottierende Ängste katastrophisierenden Charakters, Zwänge oder Phobien wurden negiert, ausser dass er keine grossen Menschenmengen möge"; act. II 181.4/4 f. Ziff. 4.3) das Störungsbild der generalisierten Angststörung nicht abgeleitet werden könne (act. II 181.4/6 Ziff. 6.2.3). Abgesehen davon schilderte der Beschwerdeführer die von Dr. med. H._____ aufgezählten neurovegetativen Beschwerden (Tachykardie, Schwitzen, Kopfschmerzen; act. I 5) weder gegenüber dem Internisten (act. II 181.3/3 Ziff. 3.2.1) noch dem Psychiater (act. II 181.4/2 Ziff. 3.2) oder den übrigen Gutachtern.

Auch ist das psychiatrische Teilgutachten nicht als lückenhaft zu qualifizieren, weil der Gutachter keine Testungen durchführte und beim behandelnden Psychiater keine Fremdanamnese einholte (act. II 191/1; Beschwerde S. 5 Ziff. 1.4). Sowohl die Durchführung von psychiatrischen Tests als auch das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte unterliegt grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten (Urteil des BGER 9C_804/2018 vom 23. Januar 2019 E. 2.2). Dieser hat in der Stellungnahme vom 19. September 2024 (act. II 194/4) ausgeführt, ihm hätten bereits die Berichte des behandelnden Psychiaters vorgelegen (vgl. dazu act. II 181.2/2 drittes und sechstes Lemma) und bei einer solchen Dokumentation habe sich eine Fremdanamnese beim Behandler erübrigt, was einleuchtet. Der Umstand, dass Dr. med. H._____ mittels Hamilton-Depressionsskala einen Wert von 41 ermittelte, spricht ebenfalls nicht gegen die Beweiskraft des Teilgutachtens. Wie der Experte erläuterte, handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, das von seiner Konzeption her bei Verlaufsbeurteilungen angewendet wird (act. II 194/3). Im Übrigen hätte ein solches Testergebnis (insbesondere auch) vor dem Hintergrund der seitens der Gutachter festgestellten Aggravation ohnehin kritisch gewürdigt bzw. validiert werden müssen.

In Bezug auf die von Dr. med. H._____ seit dem Jahr 2015 durchgehend attestierte volle Arbeitsunfähigkeit (act. II 148/3 Ziff. 1.3) schliesslich ist anzumerken, dass dieser den Beschwerdeführer erst seit dem 8. Mai 2023 fachpsychiatrisch behandelt (act. II 148/3 Ziff. 1.1). Aktenkundig ist immerhin eine psychiatrische Beurteilung durch Dr. med. K._____,

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. März 2016, welcher damals ebenfalls von einer mittel-schweren bis schweren depressiven Episode mit somatischen Symptomen ausgegangen war und eine antidepressive und nur eventuell auch eine psychotherapeutische Behandlung als angezeigt erachtet hatte (act. II 48/15 ff.; vgl. auch act. II 63/4). Trotz geltend gemachter (mittel-)schwerer Depression ist in der Folge keine fachpsychiatrische Behandlung aktenkundig; wie der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Begutachtung ausführte, habe er sich vor Dr. med. H. _____ für etwa zwölf Sitzungen bei einem Psychiater in ..., dessen Name ihm nicht erinnerlich sei, in Behandlung befunden (act. II 181.4/4 Ziff. 3.2). Allein schon dieser Umstand lässt auf einen geringen Leidensdruck schliessen und Zweifel an der diagnostischen Einordnung der Behandler aufkommen. Jedenfalls konnten schon anlässlich der ersten MEDAS-Begutachtung im Jahr 2017 keine Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen sowie keine Konzentrationsstörungen erhoben und lediglich eine leichte depressive Episode diagnostiziert werden (act. II 69.1/10 f. Ziff. 4.1.2 f.). Trotz der schon damals von den Gutachtern nachvollziehbar verneinten psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit (act. II 69.1/11 Ziff. 4.1.5) hält Dr. med. H. _____ an einer seit 2015 durchgehend vollen Arbeitsunfähigkeit fest, ohne sich auch nur ansatzweise mit den gegenteiligen gutachterlichen Einschätzungen auseinanderzusetzen.

3.6 Gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 21. Mai 2024 liegt in medizinischer Hinsicht – bei zwar veränderter Befundlage und Diagnosestellung, aber im Ergebnis unveränderter Arbeitsfähigkeit bzw. im Wesentlichen unverändertem Zumutbarkeitsprofil – kein Neuanmeldungsgrund vor (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 83, 9C_357/2019 E. 3; vgl. E. 2.3.3 hiervor). Ebenso wenig sind weitere Neuanmeldungsgründe, insbesondere erwerbliche, erstellt; entsprechende werden denn auch vom rechtskundig vertretenen Beschwerdeführer nicht vorgebracht. Der Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweiserhebungen 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).

3.7 Mangels eines Neuanmeldungsgrundes hat keine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen. Doch auch wenn entgegen dem Dargelegten ein Neuanmeldungsgrund vorläge, änderte dies am Ergebnis nichts. Selbst bei Annahme der geltend gemachten Vollerwerbstätigkeit (Beschwerde S. 7 Art. 2) resultierte ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad: Unter Berücksichtigung der lange zurückliegenden und zudem tiefen Einkommen als Temporärangestellter (act. II 30, 32, 109) einerseits und des Umstands andererseits, dass der Beschwerdeführer die medizinisch-theoretisch zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit (act. II 181.1/11 Ziff. 4.7.4) nicht verwertet, wären sowohl das Validen- (vgl. Art. 26 Abs. 4 IVV) als auch das Invalideneinkommen (vgl. Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV) anhand desselben statistischen Wertes zu ermitteln. Diesfalls erübrigte sich deren genaue Ermittlung und entspräche der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (in BGE 148 V 321 nicht publ. E. 6.2 des Urteils des BGer 8C_104/2021 vom 27. Juni 2022). Bis zum 31. Dezember 2023 wäre ein solcher Abzug weder nach Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung (Teilzeitabzug von 10 % nur im Falle einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger) noch nach den bisherigen Rechtsprechungsgrundsätzen gemäss BGE 150 V 410 E. 10 S. 439 gerechtfertigt, ist der vermehrte Pausenbedarf doch in der Restarbeitsfähigkeit bereits berücksichtigt und betreffen allfällige aussermedizinische Faktoren (Alter, Dienstjahre, Nationalität, Aufenthaltskategorie) beide Tabellenlöhne. Die Arbeitsunfähigkeit von 20 % entspräche somit dem Invaliditätsgrad. Ab dem 1. Januar 2024 wäre der 10%ige Pauschalabzug gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV vorzunehmen, was zu einem weiterhin rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 28 % führte.

3.8 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 3. Oktober 2024 (act. II 195) so oder anders nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Ausgangsgemäss besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.