

IV 200 2024 767  
ISD/SCC/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 3. Februar 2025**

Verwaltungsrichter Isliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichterin Frey  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_ AG

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Oktober 2024



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1972 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich erstmals im März 2015 (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1) unter Hinweis auf (traumatische) Kniebeschwerden bei der IVB zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 10. Juli 2015 (act. II 22) verneinte die IVB einen Rentenanspruch; die Verfügung blieb unangefochten. Die IVB gewährte Arbeitsvermittlung (act. II 25) und schloss diese mit Verfügung vom 30. Januar 2017 (act. II 29; vgl. auch act. II 28) wieder ab. Im Dezember 2019 (act. II 33) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf die Folgen eines Unfalls vom 22. Juni 2019 erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 55, 57 f., 61, 63 ff.) und Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 68) wies die IVB mit Verfügung vom 21. September 2020 (act. II 69) das Leistungsbegehren hinsichtlich eines Rentenanspruchs mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ab. Die hiergegen erhobene Beschwerde vom 21. Oktober 2020 (act. II 70) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil IV 200 2020 788 vom 9. April 2021 (act. II 76) ab, soweit es darauf eintrat. Auf eine Neu Anmeldung von Februar 2023 (act. II 77) trat die IVB mit Verfügung vom 26. Juli 2023 (act. II 94) nicht ein. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Am 22. Februar 2024 (act. II 96) meldete sich der Versicherte erneut bei der IVB zum Bezug von Leistungen an und reichte dazu verschiedene medizinische Berichte ein (act. II 98). Die IVB holte Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dres. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Mai 2024 (act. II 111/2 f.) und D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 17. Mai 2024 (act. II 112/4 f.) ein. Mit Vorbescheid vom 17. Juni 2024 stellte die IVB in Aussicht, bei einem Invaliditätsgrad von 10 % habe der Versicherte keinen Anspruch auf eine Rente (act. II 113). Nach Einwand des Versicherten (act. II 114, 119 f.) und Konsultation des RAD (Stellungnahme vom 15. Oktober 2024 [act. II 122/2 f.]) verfügte die IVB am 22. Oktober 2024 (act. II 123) wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

**B.**

Mit Eingabe vom 18. November 2024 erhob der Versicherte, wie bereits im Vorbescheidverfahren vertreten durch die B. \_\_\_\_\_ AG, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 22. Oktober 2024 sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache an die IVB zur Vornahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Dezember 2024 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

**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 Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde – vorbehältlich der nachfolgenden Erwägung – einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 22. Oktober 2024 (act. II 123). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente. Soweit der Beschwerdeführer berufliche Massnahmen beantragt (Beschwerde S. 7 Ziff. 3), kann darauf mangels Anfechtungsgegenstand nicht eingetreten werden (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2021 AHV Nr. 21 S. 67, 9C\_86/2021 E. 5.2).

**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). 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).

**2.2** 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 wiederherstellen, 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). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1<sup>bis</sup> und 1<sup>ter</sup> nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). 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.

**2.2.1** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.2.2** Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

## **2.3**

**2.3.1** Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder 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 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). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

**2.3.4** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts 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).

**2.3.5** 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).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 22. Februar 2024 (act. II 96) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Folglich ist die Eintretensfrage durch das Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob zwischen der Verfügung vom 21. September 2020 (act. II 69), welche mit VGE IV 200 2020 788 bestätigt wurde, und der hier angefochtenen Verfügung vom 22. Oktober 2024 (act. II 123) eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.3 hier vor).

Nicht relevant ist die zwischenzeitlich ergangene Verfügung vom 26. Juli 2023 (act. II 94), mit welcher die Beschwerdegegnerin auf eine Neuanmeldung von Februar 2023 (act. II 77) nicht eintrat, und keine umfassende Abklärung des medizinischen Sachverhalts vornahm (vgl. E. 2.3.5 hier vor).

**3.2** Die Verfügung vom 21. September 2020 (act. II 69) stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Berichte von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie

des Bewegungsapparates, Spital F.\_\_\_\_\_, vom 19. Dezember 2019 (act. II 44.2/1 f.) und die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 18. September 2020 (act. II 68/2 f.). Dr. med. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte einen Status nach OSG (Oberes Sprunggelenk) -Distorsion Grad III vom 22. Mai 2019 bei älterer Avulsion des medialen Malleolus, frischer ossärer Avulsion des lateralen Bandapparats (konservativ) und subjektivem Instabilitätsgefühl schon vor dem Unfall und ging von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten wechselbelastenden Tätigkeit aus. In der Stellungnahme vom 18. September 2020 (act. II 68/2 f.) stellte der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ auf diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab und präziserte das Zumutbarkeitsprofil (dazu vgl. act. II 68/2 in fine). Es bestand damit eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer den Fuss- und Rückenbeschwerden angepassten Tätigkeit (vgl. auch VGE IV 200 2020 788 E. 3.7 [act. II 76/14]).

**3.3** Bezüglich des Zeitraums nach der Verfügung vom 21. September 2020 (act. II 69) ist in medizinischer Hinsicht den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.3.1** Im Erstbeurteilungsbericht vom 17. Dezember 2021 (act. II 91/4 f.) diagnostizierten die Psychotherapeutinnen M.Sc. G.\_\_\_\_\_ und M.Sc. H.\_\_\_\_\_ sowie Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Spital F.\_\_\_\_\_, das Folgende:

1. Chronischer, schwergradig dekompenzierter Tinnitus aurium links (ICD-10: F93.1 [recte: H93.1])
2. Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) bei multiplen Belastungsfaktoren
  - Im Rahmen der somatischen Diagnosen
  - Probleme in der Beziehung zur Ehepartnerin (ICD-10: Z63)
  - DD Depressive Episode
3. Weitere somatische Diagnosen
  - OSG rechts

Sie hielten fest, der Beschwerdeführer präsentiere sich mit einer depressiven Symptomatik bei multiplen körperlichen Beschwerden und Konflikten in der Partnerschaft, welche im Rahmen einer Anpassungsstörung eingeordnet werde. Es erfolge eine Aufnahme zur integrierten sozialpsychiatrischen Behandlung mit zweiwöchentlichen Terminen.

**3.3.2** Im Austrittsbericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ vom 22. Januar 2022 (act. II 98/54 f.) nach einer Hospitalisation vom 19. bis 22. Januar 2022 hielt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, es sei eine OSG-Arthroskopie, eine partielle Synovektomie, eine Resektion des Avulsionsfragments Malleolus medialis, ein Débridement und eine Mikrofrakturierung ACL mediale Talusschulter, eine mediale Bandnaht und eine laterale Bandrekonstruktion komplikationslos durchgeführt worden. Der postoperative stationäre Aufenthalt habe sich unauffällig gestaltet.

**3.3.3** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, Spital F. \_\_\_\_\_, hielt im Bericht vom 8. Februar 2023 zum gleichentags erfolgten MRI des rechten Sprunggelenkes nativ und mit KM (Kontrastmittel; act. II 98/23 f.) fest, bei einem Status nach Mikrofrakturierung der medialen Talusschulter bestehe ein persistierendes gering regredientes Knochenmarksödem mit subkortikalen winzigen zystischen Läsionen. Bei Status nach medialer und lateraler Bandrekonstruktion bestehe kein Anhalt für eine Reruptur, mit deutlicher Narbenbildung lateralseitig, prädisponierend für ein anterolaterales Impingement.

**3.3.4** Im Bericht vom 13. Februar 2023 (act. II 98/21 f.) diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ persistierende Schmerzen im OSG rechts. In der Beurteilung hielt sie fest, die Beschwerden seien nicht abschliessend konklusiv mit dem MRI in Einklang zu bringen. Ein Teil der Restbeschwerden rühre möglicherweise von der aktiven osteochondralen Läsion im Bereich der medialen Talusschulter her, differentialdiagnostisch sei ein anterolateral lokalisierter Schmerz über ein Narben-Impingement ebendort zu erklären. Auch in der Schmerzlinik des Spitals F. \_\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführer regelmässig in Behandlung gewesen. Teilweise hätten hier Infiltrationen des Nervus peroneus superficialis positive Effekte auf die Schmerzen gehabt, zumindest kurzzeitig.

**3.3.5** Im Bericht vom 22. März 2023 (act. II 91/2 f.) diagnostizierte Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine strumpfförmige Neuropathie mit gemischt hyposensiblen/schmerzhaften Anteilen am Fuss rechts. In der Beurteilung hielt sie fest, die neuropathischen Beschwerden am rechten Fuss und Sprunggelenk liessen sich aktuell nicht orthopädisch erklären.

Das Gelenk sei stabil, das im MRI von Februar 2023 noch sichtbare Knochenmarksödem an der medialen Talusschulter mache dem Beschwerdeführer offenbar lokal keine Beschwerden.

**3.3.6** Im Bericht vom 24. April 2023 (act. II 88/2) hielt Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, fest, beim Beschwerdeführer bestehe eine chronische komplexe Schmerzsymptomatik betreffend das rechte Sprunggelenk. Es bedürfe noch weiterer Untersuchungen, um zu einer abschliessenden Prognoseeinschätzung zu kommen. Der Beschwerdeführer sei in jedem Fall in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt; dieser schätze sich in einer angepassten Tätigkeit (keine schwere körperliche Tätigkeit, sinnvoll wäre eine wechselbelastende Tätigkeit mit teilweise Sitzen oder der Möglichkeit von Sitzpausen) maximal zu 50 % arbeitsfähig ein.

**3.3.7** In der Beurteilung vom 22. Juli 2023 (act. II 93/2 f.) hielt der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ fest, betreffend die Arbeitsfähigkeit bestätige der Verlaufsbericht des Spitals M.\_\_\_\_\_ vom 22. Februar (richtig: März) 2023, dass sich keine relevanten objektivierbaren Pathologien im Bereich des Fusses nachweisen liessen. Es werde eine Abklärung auf der Schmerztherapie empfohlen. In der Erstbeurteilung des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2021 würden primär somatische Beschwerden (chronischer Tinnitus, OSG-Beschwerden) sowie eine Anpassungsstörung erwähnt. Es würden keine psychisch bedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Es werde eine Anmeldung in der Schmerzlinik empfohlen. Das Beschwerdebild habe sich seit 2020 nicht relevant verändert. Das im Bereich der medialen Talusschulter sichtbare Ödem sei zwei Jahre nach erfolgter Mikrofrakturierung nicht ungewöhnlich und aus versicherungsmedizinischer Sicht ohne Relevanz. Im Zumutbarkeitsprofil, erstellt im Jahr 2020, seien die aktuell geschilderten Beschwerden und Einschränkungen sowohl des OSG als auch des Rückens bereits vollumfänglich berücksichtigt worden. Der Tinnitus sei ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die psychiatrische Untersuchung habe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Aus versicherungsmedizinischer Sicht gebe es keinen Anlass, nicht weiterhin an dem durch einen Gerichtsentscheid bestätigten Arbeitspensum von 100 % festzuhalten.

**3.3.8** Im Bericht vom 31. Januar 2024 (act. II 98/1 f.) diagnostizierte dipl. Arzt N.\_\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_\_, das Folgende:

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)
2. Mittel- bis schwergradige depressive Episode (ICD-10: F43.2)
3. Beginnende mediale Gonarthrose rechts (ICD-10: M17)
4. OSG rechts: Persistierende Schmerzen

Er hielt fest, der Beschwerdeführer sei seit dem 17. Dezember 2021 in Behandlung. Er habe anhaltende Schmerzen aufgrund einer Operation am Sprunggelenk im Januar 2021 sowie Rückenschmerzen wegen Bandscheibenproblemen und Kniebeschwerden aufgrund einer Knieoperation rechts im Jahr 2014. Daraus sei eine depressive Reaktionssymptomatik mit Panikstörung und Tinnitus entstanden. Aus ihrer Sicht sei die Depression auf die Schmerzproblematik mit protrahiertem Verlauf und auf weitere daraus resultierende psychosoziale Belastungsstörungen, darunter Arbeitslosigkeit zurückzuführen. Der Beschwerdeführer schildere eine Symptomatik aus Müdigkeit, Nervosität, innerer Unruhe, Durchschlafstörungen, Panikgefühl, Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit und sozialem Rückzug. Weiter befürchte er, von schwarzer Magie getroffen zu sein und vermeide nun, nach draussen zu gehen. Er gebe glaubhaft an, unter der bestehenden Arbeitslosigkeit zu leiden (Schamgefühl, Insuffizienzgefühl, fehlende Tagesstruktur, fehlende Abwechslung). Aufgrund seiner multiplen Beschwerden könne er nicht arbeiten und im Haushalt nur wenig Unterstützung bieten. Dies führe zu häufigen Konflikten in der Partnerschaft, was den Beschwerdeführer zusätzlich belaste.

**3.3.9** Im Aktenbericht vom 14. Mai 2024 (act. II 111/2) hielt der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ fest, auf psychiatrischem Gebiet liege eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) in Reaktion auf die chronische Schmerzsymptomatik vor, aber auch psychosoziale Probleme wie Arbeitslosigkeit und Partnerschaftskonflikte. Das Schreiben von dipl. Arzt N.\_\_\_\_\_ im Rahmen der aktuellen Anmeldung liefere keinerlei objektive Befunde und verweise lediglich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Insofern seien weder eine Verschlechterung noch eine leistungsmindernde Gesundheitsstörung auf psychiatrischem Fachgebiet ausgewiesen.

**3.3.10** Im Aktenbericht vom 17. Mai 2024 (act. II 112/4 f.) diagnostizierte der RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ das Folgende:

Unklare Rückfussbeschwerden

- Status nach Distorsionstrauma mit osteochondraler Läsion (22.06.2019)
- Status nach OSG-Arthroskopie mit Mikrofrakturierung (19.01.2021)

Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom

Beginnende mediale Gonarthrose

Chronische Schmerzstörung

Er hielt fest, aus somatischer Sicht liege keine nachweisbare Verschlechterung vor; sämtliche Abklärungen seien durchgeführt worden. Weder der somatische noch der psychische Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Es liege keine objektive Beeinträchtigung vor, welche die Arbeitsfähigkeit in einem höheren Mass einschränken würde. Das erstellte Zumutbarkeitsprofil berücksichtige die gesundheitlichen Einschränkungen und sei weiterhin anwendbar.

**3.3.11** Im Bericht vom 14. August 2024 (act. II 119/6) hielt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ fest, die Schilderung der Beschwerden durch den Beschwerdeführer sei grundsätzlich überzeugend und glaubhaft. Die Schmerzen im rechten Sprunggelenk/Fuss seien sicher nicht besser geworden, im Gegenteil hätten diese über die letzten Jahre zugenommen. Gemäss dem Beschwerdeführer seien Schmerzen im Schulterbereich rechts hinzugekommen, die Halswirbelsäule könne er schlecht bewegen, es bestünden Verspannungen der Nackenmuskulatur, die Rückenmuskulatur links sei "komisch", dazu bestünden Schmerzen über dem linken Beckenkamm, welche über den Oberschenkel ausstrahlten. Zwischenzeitlich habe er neu auch Kniebeschwerden erwähnt (2014 am Knie operiert, diagnostizierte Gonarthrose). Ein Teil der Beschwerden sei vermutlich im Rahmen von Fehlbelastungen infolge der Fusserkrankung erklärbar, evtl. auch begünstigt durch zu wenig sportliche Aktivität, was auch wiederum Folge der Fuss Schmerzen sei. Dazu komme noch eine durch die chronischen Schmerzen und die psychosozialen Faktoren (unter anderem Arbeitslosigkeit, familiäre Probleme) ausgelöste Depression, weswegen sich der Beschwerdeführer in psychiatrischer Behandlung befinde. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt betrage schätzungswiese 50-80 %.

**3.3.12** Im Bericht vom 16. August 2024 (act. II 120/2 f.) diagnostizierten die dipl. Ärztin O.\_\_\_\_\_ und dipl. Arzt N.\_\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_\_, das Folgende:

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)
2. Mittel- bis schwergradige depressive Episode (ICD-10: F43.2)
3. Beginnende mediale Gonarthrose rechts (ICD-10: M17)
4. OSG rechts: Persistierende Schmerzen

Der Beschwerdeführer sei seit dem 17. Dezember 2021 bei ihnen in Behandlung, aus ihrer Sicht sei die Depression auf die Schmerzproblematik mit einem protrahierten Verlauf und die daraus resultierenden psychosozialen Belastungsstörungen, darunter die Arbeitslosigkeit zurückzuführen. Die chronischen Schmerzen nähmen in der Therapie zunehmend Raum ein, was wiederum die Depression verstärkte. Bei Persistieren der Symptomatik sei Duloxetin verordnet und die Dosis erhöht worden. Im weiteren Verlauf sei es trotz Einnahme des Antidepressivums zu einer Chronifizierung der depressiven Symptomatik gekommen, wobei aktuell eine psychotische Verarbeitung nicht ausgeschlossen werden könne.

**3.3.13** Im Bericht vom 15. Oktober 2024 (act. II 122/2 f.) hielt der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ fest, beim nachgereichten psychiatrischen Bericht vom 16. August 2024 handle es sich mehr oder weniger um eine Kopie des am 31. Januar 2024 verfassten Berichts. Es würden die gleichen Diagnosen und die gleichen vom Beschwerdeführer geäusserten subjektiven Beschwerden und die gleichen Schlussfolgerungen wiederholt. Der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ habe bereits am 14. Mai 2024 festgestellt, dass das Schreiben des dipl. Arzt N.\_\_\_\_\_ im Rahmen der aktuellen Anmeldung keinerlei objektive Befunde enthalte und dass lediglich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers verwiesen würden. Zusammenfassend könne davon ausgegangen werden, dass sich der psychische Gesundheitszustand in der Zwischenzeit nicht verändert habe; es könne unverändert an der Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ festgehalten werden. Es handle sich um eine Anpassungsstörung (Reaktion auf die chronische Schmerzsymptomatik), aber auch um psychosoziale Probleme (Arbeitslosigkeit, Partnerschaftskonflikt). Es liege somit keine leistungsmindernde Gesundheitsstörung auf dem psychiatrischen Fachgebiet vor. In psychiatrischer Hinsicht seien keine weiteren Abklärungen erforderlich. Grundsätz-

lich sei es schwierig nachzuvollziehen, wie sich eine vor zehn Jahren durchgeführte arthroskopische Knieoperation noch heute auf den psychischen Gesundheitszustand auswirken könne. Bei der vor zehn Jahren erlittenen Knieverletzung handle es sich um eine häufige Verletzung, welche komplikationslos abgeheilt gewesen sei. Dass sich langfristig eine post-traumatische Gonarthrose entwickeln könne, sei nicht ungewöhnlich. Die daraus entstehende verminderte Belastbarkeit des Kniegelenks sei im Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt worden. Die Fuss-symptomatik sei ausgiebig abgeklärt worden. Es habe ein Konsilium am Spital M. \_\_\_\_\_ stattgefunden (22. März 2023 [vgl. dazu act. II 91/2 f.]). Die residuellen Beschwerden liessen sich erklären, es sei die Diagnose einer Neuropathie gestellt worden. Der Zustand sei als stationär beurteilt worden, weitere Abklärungen seien somit nicht mehr erforderlich. Der Vorwurf, dass die Fussbeschwerden nicht ausreichend abgeklärt worden seien, sei somit unberechtigt. Die vom Hausarzt gemachte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 30-80 % könne so kaum übernommen werden, dies würde bedeuten, dass zwischen einer ganzen Rente (Arbeitsunfähigkeit von 70 %) und keiner Rente (Arbeitsunfähigkeit von 20 %) alles möglich sei. Zusammenfassend sei der somatische Gesundheitszustand vollumfänglich beurteilt worden. Das vorliegende medizinische Dossier sei umfassend und erlaube eine abschliessende Beurteilung des somatischen Gesundheitszustands. Der Beschwerdeführer sei von bestens qualifizierten Spezialisten untersucht worden. Das Zumutbarkeitsprofil berücksichtige die gesundheitlichen Einschränkungen vollumfänglich.

### **3.4**

**3.4.1** 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).

**3.4.2** Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C\_131/2021 E. 3.2). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

**3.5** Die der angefochtenen Verfügung vom 22. Oktober 2024 (act. II 123) zugrunde liegenden RAD-Beurteilungen der Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2024 (act. II 111), vom 17. Mai 2024 (act. II 112) sowie vom 15. Oktober 2024 (act. II 122) erbringen für die sich vorliegend stellenden medizinischen Fragen vollen Beweis (vgl. E. 3.4 hiervor). Eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch den RAD war angesichts der verfügbaren medizinischen Dokumentation rechtssprechungsgemäss nicht erforderlich (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C\_651/2019 E. 4.3). Vielmehr vermochte der RAD die medizinische Situation gestützt auf die vorhandenen Akten zuverlässig zu beurteilen. Nichts anderes ergibt sich denn auch aus dem in der Beschwerde (S. 4) erwähnten Urteil des Bundesgerichts (BGer) 8C\_73/2011 vom 1. April 2011.

In somatischer Hinsicht ist gestützt auf die überzeugenden Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 17. Mai 2024 (act. II 112/4 f.) und vom 15. Oktober 2024 (act. II 122/2 f.) im massgebenden Zeitraum keine wesentliche Veränderung der medizinischen Befundlage (vgl. Urteil des BGer 8C\_247/2022 vom 24. März 2023 E. 3.3.2) bzw. des Gesundheitszustandes mit anspruchsrelevanter Auswirkung auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit erstellt. Dies gilt einerseits hinsichtlich der am 19. Januar 2021 erfolgten arthroskopischen OSG-Operation (vgl. dazu act. II 98/54), zumal der unmittelbar postoperativen (höhergradigen) Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit im Rahmen der hier zu beurteilenden Neuanschuldung von Februar 2024 (act. II 96) mit Blick auf die Karenzfrist von sechs Monaten gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG und die orthopädisch längst abgeschlossene Behandlung (vgl. act. II 98/16, vgl. auch act. II 98/21) keine "Rentenwirksamkeit" zukommt (vgl. dazu THOMAS FLÜCKIGER, in FRÉSARD-FELLAY/KLETT/LEUZINGER [Hrsg.], Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, Art. 17 N. 45 f.). Andererseits – wie vom RAD bereits im Rahmen der Stellungnahme vom 22. Juli 2023 (act. II 93/3) dargelegt – besteht ebenfalls kein organischer Nachweis einer massgeblichen und dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes (so auch act. II 112/4), auch wenn die fortwährend geltend gemachten somatischen Beschwerden nunmehr teilweise diagnostisch neu gewürdigt wurden (vgl. BGer 8C\_247/2022 E. 3.3.2). Daran ändert nichts, dass der Hausarzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ (vgl. act. II 88, 108, 119/6 f.) vornehmlich im Zusammenhang mit den OSG-Beschwerden wiederholt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte und mit Blick auf dieselbe medizinische Grundlage sowie ausserhalb seiner fachärztlichen Disziplin von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bzw. später von einer solchen zwischen 50 % und 80 % ausging (act. II 119/6 f.). Denn Dr. med. L. \_\_\_\_\_ stellte sowohl hinsichtlich der Beschwerden als auch bezüglich der attestierten Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen auf die Angaben des Beschwerdeführers ab, ohne dies zu begründen bzw. zu objektivieren (vgl. act. II 88/2). Der RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ legte hierzu überzeugend dar, dass aufgrund des längst stationären Gesundheitszustandes und der versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbaren Einschränkung in orthopädischer Hinsicht die hausärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht übernommen werden kann (act. II 122/2 f.). Die Berichte des Hausarztes vermögen somit keine auch nur geringen Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des RAD-Arzt zu wecken (vgl. E. 3.4.2 hiervor). Im Übrigen hat das Gericht auch 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. 78, 8C\_616/2014 E. 5.3.3.3).

In psychiatrischer Hinsicht ist gestützt auf die überzeugende Beurteilung des RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2024 (act. II 111) eben-

falls keine massgebende Veränderung des Gesundheitszustandes mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erstellt. Die vormalig von den behandelnden Ärzten des Spitals F. \_\_\_\_\_ – fachfremd (vgl. act. II 91/4 f.) – diagnostizierte Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) bildet gemäss der Rechtsprechung keinen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden (vgl. dazu Urteil des BGer 9C\_436/2022 vom 26. Januar 2023 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Eine fachärztlich-psychiatrische Plausibilisierung der subjektiven Beschwerdeangaben erfolgte im Behandlungsverlauf nicht, sondern die Behandler des Spitals F. \_\_\_\_\_ (act. II 91/4 f., 98/1 f., 120/2 f.) stützten sich, wie von RAD-Arzt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ überzeugend beschrieben (act. II 111), direkt auf die unkritisch übernommenen Angaben des Beschwerdeführers, ohne dass sich den Berichten damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde entnehmen liessen, welche die geltend gemachten Beschwerden hinreichend erklären würden (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Mangels einer entsprechenden rechtsgenügenden Plausibilisierung lässt sich weder aus den Angaben des Beschwerdeführers noch den darauf basierenden Berichten der behandelnden Ärzte und Psychotherapeutinnen (vgl. act. II 91/4 f., 98/1 f., 120/2 f.) eine anspruchrelevante psychische Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bzw. eine Veränderung des medizinischen Sachverhalts ableiten (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296). Insoweit vermag auch der Umstand, dass der behandelnde dipl. Arzt N. \_\_\_\_\_, welcher über keinen Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, im späteren Verlauf und ohne ersichtliche Veränderung der medizinischen Grundlage – bei kategorialer Beibehaltung von ICD-10: F43.2 (Anpassungsstörung [vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT/ SCHULTER-MARKWORT {Hrsg.}, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V {F}, Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6. Aufl. 2016, S. 136]) – nunmehr eine mittel- bis schwergradige depressive Episode diagnostizierte (act. II 98/1 f.; vgl. auch act. II 120/2 f.), weder zu überzeugen noch eine massgebende Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes zu begründen. Diesbezüglich wies Dr. med. C. \_\_\_\_\_ überzeugend begründet darauf hin, dass keine massgebende Veränderung des medizinischen Sachverhalts besteht und überdies multiple IV-fremde psychosoziale Belastungsfaktoren bestehen, weshalb weiterhin keine anspruchrelevante psychische Gesundheitsstörung vorliegt (act. II 111/2). Vor diesem Hinter-

grund kommt der nunmehr nicht mehr lediglich differenzialdiagnostisch (vgl. act. II 91/4 f.) fachfremd gestellten psychiatrischen Diagnose einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten auch dahingehend keine massgebliche Bedeutung zu (BGer 8C\_247/2022 E. 3.3.2). Mangels eines erstellten psychischen Gesundheitsschadens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bedarf es schliesslich keiner Indikatorenprüfung (vgl. E. 2.1 hiavor).

Insgesamt hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt hinreichend abgeklärt. Weitere Abklärungen (Beschwerde S. 1 Ziff. 3) sind nicht angezeigt, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (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). Zusammenfassend ist im hier massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiavor) weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht eine revisionsrechtlich wesentliche Veränderung nachgewiesen. Auch anderweitige Revisionsgründe sind weder aufgrund der Akten erstellt noch wird solches geltend gemacht.

**3.6** Mangels Vorliegens eines Revisionsgrunds (E. 2.3.3 hiavor) wäre daher auch kein Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) durchzuführen (Urteil des BGer 8C\_295/2021 vom 9. August 2021 E. 7). Der gleichwohl von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich, mit welchem sie das Validen- und das Invalideneinkommen anhand derselben statistischen Werte ermittelte und dabei auf den Totalwert der Tabellen- gruppe A im untersten Kompetenzniveau abstellte, ist im Übrigen nicht zu beanstanden. Sind Validen- und Invalideneinkommen – wie hier – ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht 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). Bei einer weiterhin zumutbaren 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und unter Berücksichtigung eines Pauschalabzugs von 10 % gemäss der per 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Änderung von Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV (AS 2023 635; Einführung des Pauschalabzugs von 10 %) ergibt sich denn auch kein anspruchsbegründender

IV-Grad von mindestens 40 % (vgl. act. II 123/1 f.; siehe zudem BSV, IV-Rundschreiben Nr. 432 vom 9. November 2023 Ziff. 3).

**3.7** Nach dem Dargelegten hat der Beschwerdeführer unverändert keinen Anspruch auf eine Invalidenrente und die angefochtene Verfügung vom 22. Oktober 2024 (act. II 123) ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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** 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):
  - B. \_\_\_\_\_ AG 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.