

200 13 433 IV
SCP/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. Januar 2015

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. April 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1982 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Juli 2007 unter Hinweis auf seit einem Unfall im August 2002 bestehende Rücken-, Hüft- und Beinschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 2; 5 S. 2; 7 S. 1). Die IVB tätigte erwerbliche Abklärungen, holte diverse ärztliche Unterlagen ein und veranlasste eine Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung (AMA [Abklärungsbericht vom 8. November 2007; act. II 29]), in deren Rahmen der Versicherte durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) psychiatrisch, neurologisch und internistisch untersucht wurde (Untersuchungsberichte vom 25. und 26. Oktober 2007 [act. II 24 f.]). Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 24. April 2008 (act. II 38) verneinte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 15% einen Anspruch auf Ausrichtung einer Invalidenrente.

B.

Am 22. Juni 2011 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine chronische Schmerzerkrankung sowie Depression erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 47; 49 S. 7). Die IVB zog medizinische Berichte bei und veranlasste auf Empfehlung des RAD (act. II 52 S. 3) eine bidisziplinäre Begutachtung durch die Dres. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Expertisen vom 29. März 2012 [act. II 67.1; 68.1]). Mit Vorbescheid vom 22. November 2012 (act. II 72) stellte die IVB die Ablehnung des Leistungsbegehrens mit der Begründung in Aussicht, es bestehe keine gesundheitliche Einschränkung mit Krankheitswert und damit keine Invalidität im Rechtssinne. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben (act. II 75), woraufhin die IVB bei Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH (RAD),

eine Stellungnahme einholte (act. II 77). Am 23. April 2013 (act. II 78) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

Mit weiterer (und unangefochten gebliebener) Verfügung vom 26. Juni 2013 (act. II 81) wies die IVB sodann das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung im Verwaltungsverfahren ab.

C.

Gegen die Verfügung vom 23. April 2013 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 23. Mai 2013 Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Dem Beschwerdeführer sind Massnahmen beruflicher Art zu bewilligen.
2. Eventualiter ist der IV-Grad des Beschwerdeführers auf mindestens 40% anzusetzen.
3. Dem Beschwerdeführer ist für das vorliegende Verfahren vor dem Verwaltungsgericht die unentgeltliche Rechtspflege, unter Beiordnung eines Anwaltes zu bewilligen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

In der Begründung lässt der Beschwerdeführer vorbringen, die Einschätzung der Beschwerdegegnerin, es liege keine invalidisierende Krankheit vor, sei falsch. In sämtlichen Tests im Gutachten von Dr. med. D._____ habe eine Depression schwereren Grades nachgewiesen werden können. Angesichts dieser Testergebnisse sei das Ergebnis des Mini-ICF-APP Rating nicht nachvollziehbar und die Diagnose einer seit 2010 bestehenden leichten depressiven Episode falsch und aktenwidrig. Sämtliche involvierten Fachärzte hätten dem Beschwerdeführer in den letzten fünf Jahren eine Depression respektive eine mittelgradige depressive Episode attestiert (Art. 2, S. 3).

Im Weiteren sei die Auseinandersetzung im Gutachten mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Fachärzte unglaubwürdig und überzeuge nicht. Weshalb die kognitiven Einschränkungen nach Auffassung des Gutachters klinisch nur gering ausgeprägt seien, könne dem Gutachten nicht nachvollziehbar entnommen werden und stelle eine reine Behauptung

dar. Es werde im Gutachten auf eine Aggravation verwiesen, welche in den Akten jedoch nur in den Jahren 2005 und 2007 erwähnt worden sei. Der Hinweis in der angefochtenen Verfügung, dass im Bericht der Klinik F. _____ vom 6. Oktober 2011 auf massivste Schmerzangaben aufmerksam gemacht und angeblich groteskes Hinken demonstriert worden sei, stelle kein Indiz dar, dass der Beschwerdeführer nicht im Sinne der Bestimmungen des IVG psychisch krank sei. Es werde in einigen Berichten auf das katatone Verhalten des Beschwerdeführers aufmerksam gemacht, welches einen Bestandteil seiner Krankheit darstelle (Art. 4, S. 5).

Der Gutachter verkenne weiter, dass sämtliche involvierten Fachärzte und Kliniken neben der mittelgradigen depressiven Episode ein chronifiziertes Schmerzsyndrom diagnostiziert hätten. Bezüglich der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung schwäche der Gutachter mit nicht nachvollziehbaren Argumenten ab und behaupte, es handle sich diesbezüglich um eine „ICD-10 F 54-Krankheit.“ Mit den diesbezüglich abweichenden Beurteilungen der in den Akten liegenden Berichte setze er sich ebenso wenig überzeugend auseinander und dem Gutachten könne nicht entnommen werden, weshalb die Einschätzungen der behandelnden Fachärzte und Kliniken falsch sein sollten (Art. 4, S. 5).

Soweit dem Beschwerdeführer appellatives Verhalten und ein sekundärer Krankheitsgewinn unterstellt werde, verkenne der Gutachter, dass dem Beschwerdeführer die angeblich von ihm forcierte Berentung überhaupt keinen Vorteil bringe (Art. 4, S. 5).

Das Gutachten sei zudem widersprüchlich. Einerseits werde darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit weiterhin ausüben könne und zu 30% in der Leistung eingeschränkt sei; andererseits werde ihm für eine leichtere Tätigkeit eine Einschränkung von maximal 20 bis 25% attestiert. Die bei der G. _____ ausgeübte Tätigkeit sei keine schwere gewesen und die vom Gutachter behauptete unterschiedliche Leistungseinschränkung bezüglich der bisherigen Tätigkeit und einer leichten Arbeit sei erklärungsbedürftig. Sei der Beschwerdeführer in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt, so wirke sich dies versicherungstechnisch aus und er habe, sollte nach Erkenntnis des beantragten gerichtlichen Gutachtens eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit bejaht werden, Anspruch auf

Massnahmen beruflicher Art (und sei es nur in Form der Stellenvermittlung) oder allenfalls eine Berentung (Art. 5, S. 6).

Mit Eingabe vom 7. Juni 2013 liess der Beschwerdeführer einen von Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. I._____, Assistenzärztin Psychiatrie (beide Therapiezentrum J._____), unterzeichneten Bericht vom 8. Mai 2013 sowie Unterlagen betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege einreichen (Akten des Beschwerdeführers [act. IA] 2 ff.).

Mit prozessleitender Verfügung vom 11. Juni 2013 stellte der Instruktionsrichter fest, durch das Unterstützungsbudget des Regionalen Sozialdienstes ... habe die Sozialhilfebedürftigkeit und damit auch die Prozessarmut bei einem ausgewiesenen Fehlbetrag von Fr. 2'111.10 als nachgewiesen zu gelten.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2013 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. In der Begründung bringt sie hauptsächlich vor, der Gutachter habe nachvollziehbar dargelegt, dass eine depressive Episode in lediglich leichtem Ausmass diagnostiziert werden könne. Im Weiteren gehe der Experte von einer zumutbaren Willensanstrengung in Bezug auf die Schmerzproblematik aus, was bedeute, dass beim Versicherten keine gravierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Im hier zu beurteilenden Fall lägen keinerlei Hinweise auf Umstände vor, welche für eine ausnahmsweise Verneinung der Zumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung sprächen (S. 3). Schliesslich könne dem Antrag auf berufliche Massnahmen mangels Vorliegens einer Invalidität nicht entsprochen werden. Der Beschwerdeführer könne sich auch nicht auf eine in Art. 8 IVG aufgeführte drohende Invalidität berufen, da Dr. med. D._____ nicht nur davon ausgehe, dass mit der Durchführung von zumutbaren therapeutischen Massnahmen mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne, sondern die gesundheitliche Störung auch als überwindbar beurteilt worden sei (S. 3).

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 23. April 2013 (act. II 78). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der IV.

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

2.1.1 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten demnach Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2007 IV Nr. 47 S. 154 E. 2.4).

2.1.2 In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296).

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung

vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 51; SVR 2014 IV Nr. 7 S. 30 E. 4.2.2).

2.2 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.

2.3

2.3.1 Tritt die Verwaltung auf eine Neuanschuldung 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; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). 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 Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die

erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; AHI 1997 S. 288 E. 2b).

2.3.3 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Leistungsanspruch 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 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

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).

2.4 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss gekommen ist, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden

vor. Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügung vom 24. April 2008 (act. II 38), mit der ein Leistungs- bzw. Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 15% rechtskräftig verneint wurde, und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 23. April 2013 (vgl. E. 2.3.4 vorne).

3.2 Bei Erlass der Verfügung vom 24. April 2008 stützte sich die Beschwerdegegenerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den Abklärungsbericht AMA (act. II 29), welchem seinerseits zwei RAD-Untersuchungsberichte von med. pract. K._____, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 24), sowie Dr. med. E.____ (act. II 25) zugrunde lagen.

3.2.1 Med. pract. K._____ hielt im Untersuchungsbericht vom 25. Oktober 2007 (act. II 24) in diagnostischer Hinsicht fest, es beständen weder Hinweise auf eine neurologische noch auf eine psychiatrische Erkrankung (S. 4). In der Beurteilung führte sie aus, der Beschwerdeführer klagte über chronische Becken- und Hüftbeschwerden seit einer Kontusion im August 2002. Er gebe als Beschwerden Beckenschmerzen, Brennen in den Füßen, gelegentlich Miktionsbeschwerden sowie Erbrechen an. Eine konsequente Schmerztherapie und Physiotherapie werde nicht durchgeführt. Vor dem Migrationshintergrund ergäben sich Unterschiede in den Erwartungen und Einstellungen der Schmerzbehandlung. Hinweise für eine psychische Störung von Krankheitswert bzw. für eine posttraumatische Belastungsstörung hinsichtlich des Unfalls fänden sich während der gezielten Exploration nicht, ebenso wenig Hinweise für eine Autismus-Spektrum-Störung. Die neurologische Untersuchung habe keine Befunde von Krankheitswert gezeigt. Auf psychiatrischem und neurologischem Gebiet lägen keine Störungen von versicherungsmedizinischer Relevanz vor. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung erfülle die Försterkriterien nicht (S. 4).

3.2.2 Im Untersuchungsbericht vom 26. Oktober 2007 (act. II 25) hielt Dr. med. E._____ fest, es gebe keine Hinweise auf eine IV-relevante somatische Erkrankung (S. 2). Der Beschwerdeführer klagte über Schmerzen in der Hüft-/Gesässregion links sowie über ein Einschlafgefühl im Bereich der Lendenwirbelsäule, beider Gesässregionen, beider Beine (beidseits am ganzen Bein) sowie in den Armen. Die Angaben des Beschwerdeführers

bezögen sich hauptsächlich auf seine Ansicht, dass ihm ein Arbeiten wegen der Schmerzen schlecht möglich sei (S. 1).

In der Beurteilung hielt Dr. med. E. _____ fest, es fänden sich Hinweise auf eine zweckgerichtete Darstellung des Beschwerdebildes. Zwischen den subjektiv angegebenen Beschwerden und den objektiv (unauffälligen) Befunden bestehe eine erhebliche Diskrepanz, zum Teil auch zwischen den subjektiv angegebenen Beschwerden und dem Verhalten (wechselhaft ausgeprägtes Hinken). Zudem bestehe eine Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerdeangaben und der praktischen Nichtinanspruchnahme von Therapie. Die Beschwerdeschilderung sei vage, die angegebenen Schmerzen und die angegebene Sensibilitätsstörung seien somatisch-medizinisch nicht nachvollziehbar. Es liege also eine undifferenzierte, klinisch nicht plausible Symptombeschreibung vor. Die behauptete funktionelle Einschränkung sogar bei nur leichter Arbeitstätigkeit erscheine klinisch nicht plausibel (S. 2).

3.2.3 In der Schlussbeurteilung des Abklärungsberichts AMA vom 8. November 2007 (act. II 29) wurde im Wesentlichen festgehalten, die während der AMA festgestellte Leistungsminderung sei nicht durch funktionelle Einschränkungen aufgrund eines nachgewiesenen Gesundheitsschadens erklärbar. Hauptsächlichlicher Kausalfaktor sei das dysfunktionale Verhalten ohne Krankheitswert mit mangelnder Leistungsbereitschaft bzw. Selbstlimitierung (Unterschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit), wobei im Krankheitsverlauf auch der Verdacht auf ein Rentenbegehren aufgekommen sei. Die berufliche Eingliederbarkeit in den freien Arbeitsmarkt erscheine angesichts der fehlenden Motivation, der Selbstlimitierung, des inadäquaten Arbeitsverhaltens und der mangelnden Ressourcen nicht möglich (S. 7 f.).

3.3 Für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung vom 24. April 2008 und der hier angefochtenen Verfügung vom 23. April 2013 präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt mit Bericht vom 4. September 2009 (act. II 59 S. 27 f.) fest, aus seiner Sicht spiele betreffend Schmerzgenese weder eine prätraumatische Läsion noch ein struktureller

Schaden an der Hüfte eine Rolle. Vielmehr hätten das Trauma und der akute Schmerz eine chronifizierte Schmerzkrankheit ausgelöst, was sowohl auf einer Sensibilisierung des peripheren und zentralen Nervensystems als auch auf einer schlechten Kompensation und Schmerzhemmung in der akuten Situation des Traumas beruhe.

3.3.2 Mit Bericht vom 14. März 2010 (act. II 59 S. 22 ff.) zu Handen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers diagnostizierte Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (J._____), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit/bei chronischen Rücken- und Beckenschmerzen links, posttraumatisch mit klinischen und radiologischen Hinweisen für ein Cam-Pincer-Impingement links sowie nozizeptiver Dysregulation und funktioneller gastroenterologischer Beschwerden.

3.3.3 Im Bericht der Klinik N._____ vom 22. November 2010 (act. II 49 S. 7 ff.) wurden im Wesentlichen eine chronische Lumboischialgie linksbetont, ein chronischer Hüft-/Gesässschmerz links, ein Verdacht auf intermittierenden Spannungskopfschmerz links, eine schwierige psychosoziale Situation, anhaltende Arbeitslosigkeit, ein Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode sowie eine erhebliche vegetative Dysregulation im Rahmen der chronischen Schmerzerkrankung diagnostiziert. In der zusammenfassenden Beurteilung hielten die untersuchenden Ärzte fest, klinisch präsentiere sich der Beschwerdeführer mit einer chronischen Schmerzerkrankung mit Beeinflussung sämtlicher Faktoren im Bezug auf das biopsychosoziale Erklärungsmodell. Im Detail liege eine chronische Lumboischialgie vor mit erheblicher Dekonditionierung, sowohl der stabilisierenden Rumpfmuskulatur als auch einem Gesäss-/Hüftschmerz links mit Dekonditionierung im Bereich der linken Hüftflexoren und -extensoren mit einer überwiegend myofaszialen Schmerzkomponente. In diesem Bereich zeigten sich auch erhebliche muskuläre Verkürzungen. Für die Schmerzen im Bereich des rechten Oberschenkels könnten keine pathologischen, klinischen Korrelate gefunden werden. Die neurologischen Auffälligkeiten liessen sich keinem eindeutigen Befund zuordnen. Diesbezüglich scheine eine Radikulopathie sehr unwahrscheinlich. Komprimierend wirkten – neben

fehlenden Eigenstrategien und mangelndem Verständnis im Zusammenhang mit der Schmerzursache und -bewältigung – sicherlich auch die familiären Verhältnisse mit der Ehefrau im ... sowie die anhaltende Arbeitslosigkeit. Weiter sei klinisch sowie nach Auswertung der Schmerzfragebögen aufgrund dieser Schmerzerkrankung eine erhebliche Angststörung sowie das Vorliegen einer Depression zu vermuten. Zudem sei auch schon in Vorbefunden beschrieben worden, dass eine massive Erwartungshaltung in Bezug auf eine „sichtbare“ Pathologie bestehe, was versicherungstechnische Probleme nach sich gezogen habe (S. 7).

3.3.4 Im Bericht des Spitals O._____ vom 24. Mai 2011 (act. II 49 S. 2 ff.) wurde festgehalten, nach wie vor dominiere ein überwiegend myofaszielles Schmerzbild ohne Hinweise für eine Radikulopathie bei massiver, muskulärer Dekonditionierung. Weiter persistiere neben der schlechten Stimmungslage auch die vegetative Dysregulation. Zwar zeige der Beschwerdeführer im Gegensatz zu den letzten Kontakten durchaus den Willen, sich in Bewegung zu bringen. Allein diese Bemühungen scheiterten am fehlenden Verständnis für ein mögliches Pacing und Mobilisieren unterhalb der Schmerzschwelle. Insofern bestehe auch nach wie vor eine nahezu vollständige Belastungsintoleranz. Kompromittierend seien einerseits seine schlechten Deutschkenntnisse sowie auch die soziale und familiäre Situation (S. 3).

Im Verlauf der Betreuung des Beschwerdeführers entstehe der Eindruck, dass nicht zuletzt die erfreulicherweise intakte Familie, die ihn stütze, durchaus hemmend sein könnte im Bezug auf einen Fortschritt seiner somatischen Situation. Da doch offensichtlich werde, dass eine Umsetzung einer psychologischen Unterstützung, physiotherapeutischen Anbindung mit Belastungssteigerung auf tiefstem Niveau sowie einer Förderung des Verständnisses für Pacing, Angst und Vermeidung etc. schwierig sei, sei ein stationärer Aufenthalt in einer schmerzorientierten Rehabilitationsinstitution zu empfehlen (S. 3).

3.3.5 Mit Bericht vom 21. August 2011 (act. II 59 S. 5 ff.) diagnostizierte Dr. med. H._____ (Therapiezentrum J._____) einen anhaltend depressiven Zustand, aktuell mittelgradige depressive Episode, sowie ein chronifiziertes komplexes Schmerzsyndrom (ICD-10 F32.10 und R25.1).

Weiter hielt er fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 9. November 2005 in der ambulanten fachärztlichen Behandlung am Therapiezentrum J._____. Man habe festgestellt, dass er vollständig in seiner Krankheitsrolle eingeeengt gewesen sei und sich von den meisten Ärzten nicht richtig verstanden und ernst genommen gefühlt habe. Die verordneten Medikamente habe er unregelmässig eingenommen, weil er an Magenproblemen leide. Die Aufklärungsversuche über die Wichtigkeit der psychologischen Faktoren im Heilungs- / Chronifizierungsprozess stiessen immer wieder auf grossen Widerstand und Abwehr des Beschwerdeführers. Dies habe sich in den letzten Monaten mit intermittierenden Wutausbrüchen sowie Unzufriedenheit und Leidensdruck geäussert. Der Beschwerdeführer sei überzeugt, dass die Ärzte seine Gesundheit irreversibel ruiniert hätten und deswegen endlich jemand die Verantwortung übernehmen solle. Die Bein-, Hüft- und Rückenschmerzen führten zu einer direkten Beeinflussung der Stimmungslage (S. 5). Trotz intensiven psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Massnahmen sei es eher zu einer weiteren Verschlechterung der psychischen Verfassung mit einer Zunahme der depressiven Symptome mit gereizten und agitierten Anteilen gekommen. Aufgrund vollständiger Identifikation mit der Krankheitsrolle gelinge es schwer, den Beschwerdeführer für den Einstieg in einen veränderungsorientierten Prozess zu motivieren. Des Weiteren beklage er Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsstörungen mit einer persistierenden innerlichen Unruhe, Verzweiflungsgefühle, Gefühls-, Freud- und Zukunftslosigkeit mit wechselnden selbst- und fremdaggressiven Impulsen sowie einer dauernden Überzeugung, dass ihn niemand verstehe und ihm niemand helfen wolle (S. 6).

3.3.6 Vom 15. bis 28. September 2011 war der Beschwerdeführer in der Klinik F._____ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 6. Oktober 2011 (act. II 59 S. 1 ff.) wurde im Wesentlichen eine chronische Lumboischialgie linksbetont, ein chronischer Hüft-/Gesässschmerz links, erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren, ein intermittierend depressives Zustandsbild sowie eine erhebliche vegetative Dysregulation im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung diagnostiziert (S. 1).

Während des stationären Aufenthaltes habe keines der gesteckten Ziele erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe zum Teil schmerzbedingt nicht an allen Therapien teilgenommen. Die Bedarfsanalgesie sei vorübergehend ausgebaut worden. Dennoch sei der Schmerz im zentralen Fokus des Beschwerdeführers geblieben und habe die Einhaltung einer gewissen Struktur verhindert. Mehrmalige intensive Gespräche mit Versuchen der Mobilisierung trotz der Schmerzen und Erarbeitung einer gewissen Eigeninitiative seien ohne zählbaren Erfolg geblieben (S. 2).

3.3.7 Die Dres. med. C. _____ und D. _____ stellten in ihren Gutachten vom 29. März 2012 (act. II 67.1; 68.1) interdisziplinär folgende Diagnosen (act. II 67.1 S. 8):

- mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Leichte depressive Episode und psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. med. D. _____

- ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

2. Chronisches Schmerzsyndrom im Bereich unterer Rücken, Becken und Oberschenkel
 - nicht ausreichend somatisch abstützbar
 - nicht dermatombezogene Hyposensibilität ganzes linkes Bein für ausschliesslich taktile Reize bei allseits normalem Lage- und Vibrationssinn
 - diffuse Druckschmerzangabe
 - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Nausea, Schwitzen, Dyspnoe, Palpitationen, Pollakisurie, Unterbauchschmerzen, erektile Dysfunktion
3. Anamnestisch Reizmagen-Syndrom
4. Arthro-MRI Hüfte links vom 4. Februar 2004: Leichtgradige Coxarthrose und leichtgradiges femoroacetabuläres Impingement vom Pincer-Typ
5. Verdacht auf subklinische Hypothyreose

Mit Bezug auf die angegebenen Schmerzen hielt Dr. med. C. _____ (act. II 67.1) gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers fest, nach dem Unfall im August 2002 seien Schmerzen im Becken- und im unteren Rückenbereich, mit Ausstrahlung linksbetont in die Oberschenkel und eine bläuliche Verfärbung der Oberschenkelweichteile beidseits aufgetreten. Diese Schmerzen seien bis Mitte bis Ende September 2002 in permanente,

tags- wie nachtsüber anhaltende Schmerzen wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Unterbauch, Atembeschwerden, Herzklopfen, Übelkeit, Schwitzen, häufiges Wasserlösen und eine „Erektionsschwäche“ übergegangen. Die Schmerzen strahlten weiterhin, je nach Intensität, diffus bis in die Oberschenkel linksbetont aus und hätten sich mit den bisher durchgeführten Therapiemassnahmen nicht beeinflussen lassen (S. 2).

In der Beurteilung hielt Dr. med. C. _____ fest, beim Betreten seiner Arztpraxis imponiere eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik. Diese halte während der Beschwerdenschilderung an. Während der klinischen Untersuchung nehme sie zu und es würden 4 der 5 Waddell-Zeichen, als Hinweis auf nicht organisch abstützbare Beschwerden, nachweisbar. Ferner schildere der Beschwerdeführer eine nicht dermatombezogene Hyposensibilität, ausschliesslich für taktile Reize des ganzen linken Beines. Bereits diese Beschreibung lasse an vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden denken. Weil die sensiblen Qualitäten für den Vibrationsinn und für den Lagesinn allseits als normal geschildert würden, werde der Aspekt von somatisch abstützbaren Beschwerden zusätzlich entkräftet. Im Weiteren seien als Kriterien für vordergründig nicht somatisch abstützbare partielle Sensibilitätsstörungen die allseits normal getesteten Muskelreflexe hinweisend. Da die Muskelkraft und die Muskelatrophie allseits normal seien, könne er diese als partiell geschilderte Sensibilitätsstörung des ganzen linken Beines vordergründig nicht auf ein bekanntes somatisch-rheumatologisch-neurologisches Krankheitsbild abstützen. Schliesslich müsse sich beim Ausmass des Schonhinkens des linken Beines, das der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung dokumentiere, eine Muskelhypotrophie des linken Beines entwickeln. Dies treffe vorliegend nicht zu. Die Muskulatur sei symmetrisch ausgebildet und es sei keine Muskelhypotrophie im Bereich des linken Beines objektivierbar (S. 9).

Mit Bezug auf die Wirbelsäule könne er in der klinischen Untersuchung thorakal und lumbal eine Streckhaltung objektivieren. Die axialen Bewegungssegmente seien allseits frei beweglich. Ein klinisch-pathologischer Weichteilbefund, wie eine Myogelose oder ein Triggerpunkt, könne nicht objektiviert werden. Anamnestisch und klinisch beständen keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen

Spinalkanal oder einen Nervendehnungsschmerz; ein relevanter radiologisch-pathologischer Befund im Bereich der Lendenwirbelsäule sei nicht dokumentiert, ebenso wenig im Bereich der Brustwirbelsäule (S. 11). An den unteren Extremitäten seien die aktive und die passive Beweglichkeit der Hüftgelenke beidseits frei. Die MRI-Abklärung vom 4. Februar 2004 (vgl. act. II 67.2 S. 1) dokumentiere neu eine leichtgradige Coxarthrose, die sich im Rahmen eines geringgradigen femoroazetabulären Impingements entwickelt habe. Diese MRI-Befunde seien derart diskret ausgeprägt, dass sie Jahre später, und damit zum Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung, noch nicht mit einem konventionell-radiologisch-pathologischen Befund einhergingen und nicht zu Bewegungseinschränkungen führten (S. 12).

Schliesslich schildere der Beschwerdeführer multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Nausea, Herzklopfen, Schwitzen, Atembeschwerden, Pollakisurie oder erektile Dysfunktion, für welche er – Dr. med. C._____ – jeweils keinen korrelierenden somatisch-pathologischen Befund objektivieren könne (S. 12).

Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht könne seit spätestens Oktober 2002 für die vom Beschwerdeführer bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr begründet werden (S. 16).

In psychiatrischer Hinsicht hielt Dr. med. D._____ (act. II 68.1) in seiner Beurteilung im Wesentlichen fest, der Beschwerdeführer neige dazu, in dramatisierender Weise eine Beschwerdeintensität und einen Behinderungsgrad zu präsentieren, der sich aus dem bestehenden Grundleiden bei objektiver Betrachtung nicht zwingend ergebe. Dabei werde eine tendenziöse bis sogar manipulative Note spürbar. Somit lasse sich beim Beschwerdeführer eine Aggravation feststellen im Sinne eines bewusst übertriebenen Betonens von vorhandenen Krankheitssymptomen (S. 29).

Zum Untersuchungszeitpunkt lasse sich beim Beschwerdeführer ein leicht depressives Zustandsbild feststellen. Hauptsymptome seien eine leicht depressive Stimmung, leichte Konzentrations- und Gedächtnisdefizite, ein verlangsamtes und leicht eingegengtes formales Denken, anamnestische Schlafstörungen, ein zeitweises Grübeln, eine innere Unruhe, eine Ratlo-

sigkeit und eine leichte Reduktion des Antriebs. Zusammenfassend sei diagnostisch von einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F 32.0), bestehend seit 2010, auszugehen. Die Testergebnisse im BOI und im ADS-L wiesen auf eine ausgeprägte depressive Symptomatik hin und seien aus seiner Sicht durch die Aggravation des Beschwerdeführers überlagert. Er gehe davon aus, dass seit dem Jahr 2010 die depressiven Beschwerden ein Ausmass hätten, das die Diagnose einer depressiven Episode rechtfertige, zumal auch in den Berichten ab dem Jahr 2010 eine depressive Episode diagnostiziert werde. Dabei sprächen insbesondere die klinisch nur gering ausgeprägten kognitiven Einschränkungen klar gegen das Vorliegen einer mittelgradigen oder schweren Depression. Eine rezidivierende depressive Störung, welche ja einen phasenhaften Verlauf depressiver Symptome bedinge, lasse sich weder anamnestisch noch klinisch feststellen (S. 29).

Mit Bezug auf die vom Beschwerdeführer in diversen Körperbereichen subjektiv als invalidisierend erlebten Schmerzen hielt Dr. med. D. _____ fest, beim Beschwerdeführer falle zunächst eine Selbstlimitierung auf. Es entstehe der deutliche Eindruck, dass er sich mit Engagement für eine materielle Entschädigung (Rente) einsetze statt für einen beruflichen Wiedereinstieg. Das integrale Gesamtstreben des Beschwerdeführers wende sich somit vom Rehabilitationsziel ab, um sich hauptsächlich auf finanzielle Versicherungsleistungen auszurichten. Somit bestehe eine final ausgerichtete Entschädigungshaltung (S. 30). Weiter neige der Beschwerdeführer dazu, in seiner Krankenrolle zu verharren und es sei von einem ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn auszugehen. Das maladaptive Verhalten des Beschwerdeführers werde sozial verstärkt. Dazu gehöre eine übermässige Medikalisierung des Problems, mögliche finanzielle Absicherungen aus dem Sozialsystem, die Empfehlung zur Schonung und zur Vermeidung von Belastungen, die vermehrte Beachtung und Unterstützung der Krankenrolle sowie ein behütendes Verhalten seitens der Angehörigen. Ferner falle bei der Beschreibung der Symptome auf, dass die Schmerzintensität und die topographische Ausweitung der Schmerzen klinisch überhaupt nicht plausibel seien. Insgesamt lasse sich aus psychiatrischer Sicht eine Symptomausweitung feststellen, welche diagnostisch als somatisch nicht ausreichend abstützbare Schmerzen bei psychologischen Faktoren

oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F 54) einzuschätzen sei und keiner psychiatrischen Erkrankung im eigentlichen Sinn und keiner unbewussten Konfliktverarbeitung seitens des Beschwerdeführers entspreche, sondern vielmehr einer erlernten Verhaltensstörung im Sinne einer dysfunktionalen Verarbeitung von Schmerzen (S. 31 f.).

Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung könne er – Dr. med. D. _____ – nicht bestätigen, da zwar psychosoziale Belastungsfaktoren vorlägen, diese aber eine Folge der Schmerzproblematik und nicht deren Ursache seien (S. 32).

Schliesslich bestehe – bei vorhandenen und ausgebildeten komplexen Ich-Funktionen – in Bezug auf die Schmerzproblematik keine gravierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, da dem Beschwerdeführer die Willensanstrengung, die nötig sei, um die Schmerzen zu überwinden, grundsätzlich zumutbar sei, zumal keinerlei Hinweise auf auffällige pathologische Persönlichkeitsstrukturen vorlägen. Im Übrigen liege eine zur Symptomausweitung komorbide leichte depressive Episode vor, welcher Begleitumstand der Schmerzproblematik von der Ausprägung her zum momentanen Zeitpunkt nicht zu einer Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung führe (S. 34).

Aus interdisziplinärer und insoweit allein massgeblicher psychiatrischer Sicht (act. II 68.1 S. 35; 67.1 S. 16 f.), sei dem Beschwerdeführer mit Bezug auf die bisherige sowie eine den Störungen angepasste Tätigkeit ein volles zeitliches Arbeitspensum zumutbar (S. 36; 38). Dabei sei die Leistungsfähigkeit um maximal 30 bzw. 20-25% eingeschränkt (S. 36; 38).

3.3.8 Mit zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfasstem Bericht vom 8. Mai 2013 (act. IA 2) hielten die Dres. med. H. _____ und I. _____ (Therapiezentrum J. _____) fest, der Beschwerdeführer leide an einer mittelgradigen depressiven Störung. Diese zeichne sich durch eine deutlich depressiv-dysphorische, hoffnungslose, verzweifelte und affektlabile Stimmung aus. Des Weiteren bestehe eine innere Unruhe sowie Gereiztheit. Psychomotorisch zeige sich teilweise Agitiertheit. Der Beschwerdeführer habe sich sozial zurückgezogen, es bestehe eine latente Aggressivität. Auf somatischer Ebene beständen Ein-

und Durchschlafstörungen, Müdigkeit, multiple körperliche Schmerzen und Libidoverlust. Gelegentlich würden Lebensüberdrussgefühle geäussert; er könne sich jedoch von suizidalen Absichten distanzieren. Gegenwärtig bestehe keine Fremdgefährdung. Gemäss ihren bisherigen Erfahrungen mit dem Beschwerdeführer sowie der Tatsache, dass er seit Längerem keiner Arbeitstätigkeit mehr habe nachgehen können, sei keine Arbeitstätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit wäre er zu 50% arbeitsfähig.

3.4

3.4.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5 Zunächst ist aufgrund der dargelegten medizinischen Situation (vgl. E. 3.2 f.) überwiegend wahrscheinlich eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 24. April 2008 erstellt, indem neu eine, in der Ausprägung umstrittene, depressive Stimmungslage zu den

bisher vorgebrachten gesundheitlichen Einschränkungen hinzugekommen ist. Liegt demnach eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der geltend gemachte Leistungsanspruch unter Berücksichtigung des gesamten, potentiell anspruchrelevanten Tatsachenspektrums zu prüfen (vgl. E. 2.3.3 vorne).

3.6 Die angefochtene Verfügung vom 23. April 2013 (act. II 78) erging in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen gestützt auf die bidisziplinären Gutachten der Dres. med. C. _____ und D. _____ vom 29. März 2012 (act. II 67.1; 68.1). Diese erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4.2 hiervor) und erbringen vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Sie sind durchwegs nachvollziehbar und die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Zu keiner anderen Beurteilung führen die vom Beschwerdeführer dagegen vorgebrachten, ausschliesslich das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. _____ (act. II 68.1) beschlagenden Einwände:

3.6.1 Der Beschwerdeführer kritisiert, der Gutachter unterstelle ihm Aggravation, ein appellatives Verhalten und einen sekundären Krankheitsgewinn.

Es gehört zu den Aufgaben des Sachverständigen, allfällige Anzeichen für Aggravation und ähnliche Sachverhalte bei der Diagnosestellung zu berücksichtigen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 20. Dezember 2011, 8C_743/2011, E. 2.4.2). Dass sich Dr. med. D. _____ hierbei von unsachlichen Motiven hätte leiten lassen, ist weder ersichtlich noch wird dergleichen geltend gemacht. Namentlich übersieht der Beschwerdeführer, dass die Feststellung und Einschätzung des Gutachters, wonach sich jener selber limitiere und in dramatisierend-aggravatorischer Weise eine Beschwerdeintensität und einen Behinderungsgrad in der rentenbegehrlichen Absicht präsentiere, für die geleisteten Sozialversicherungsbeiträge von den Sozialwerken für eine vermeintliche ärztliche Fehlbehandlung finanziell entschädigt zu werden (act. II 68.1 S. 29 ff.), sich seit jeher wie ein roter Faden durch die gesamten medizinischen Akten zieht (vgl. act. II 7 S. 3 f.; 25 S. 2; 26 S. 2; 29 S. 7 und 8; 49 S. 3, 7 und 11; 59 S. 5 f.). Hinzu kommt, dass sich Dr. med. D. _____ bei seinen Einschätzungen auch auf entsprechende Feststellungen von Dr. med. C. _____ sowie eigene Beob-

achtungen abstützen konnte: So befundete Dr. med. C._____ an den Beinen eine symmetrische Ausbildung der Muskulatur, was gegen eine durch das demonstrierte Hinken verursachte Schonung der unteren Extremitäten spricht (vgl. auch Entscheid des BGer vom 26. März 2014, 8C_23/2014, E. 6.2.3). Wie schon Dr. med. E._____ anlässlich der Untersuchung vom 24. Oktober 2007 (act. II 25 S. 2) konnte sodann auch Dr. med. D._____ – während der Beschwerdeführer auf dem Weg zur Begutachtung aus dem Fahrzeug stieg – kein solches Schonhinken beobachten. Ebenso wenig konnte er die vom Beschwerdeführer geltend gemachten katatonen Zustände oder Lähmungen feststellen (act. II 68.1 S. 20). Auch weist Dr. med. D._____ darauf hin, dass der Beschwerdeführer – gemäss eigenen Angaben – grundsätzlich in der Lage ist, Auto zu fahren (act. II 68.1 S. 19), was in Anbetracht der diesbezüglich „enormen motorischen und kognitiven Anforderungen“ für „nicht unerhebliche Ressourcen“ des Beschwerdeführers spreche (S. 32). Ferner konstatierte Dr. med. D._____ einen beträchtlichen (rechtlich indes unbeachtlichen [vgl. Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2004, I 435/04, E. 2.2.1]) sekundären Krankheitsgewinn des Beschwerdeführers im Sinne eines Zugewinns an Aufmerksamkeit seitens der Familienangehörigen (S. 30 f.), ein Umstand, auf den auch die behandelnden Ärzte des Spitals O._____ hinwiesen (act. II 49 S. 3). Im Übrigen hielt auch der behandelnde Psychiater Dr. med. H._____ – wenn auch nicht gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, so doch gegenüber dessen Hausarzt – fest, der Beschwerdeführer identifiziere sich vollständig mit der Krankheitsrolle und es gelinge schwer, ihn für den Einstieg in einen veränderungsorientierten Prozess zu motivieren (act. II 59 S. 5 f.).

Wenn Dr. med. D._____ in Anbetracht dieser Aktenlage sowie gestützt auf die in der bidisziplinären Begutachtung gemachten Beobachtungen und Feststellungen auf eine final ausgerichtete Entschädigungshaltung (act. II 68.1 S. 30) schloss, ist dies deshalb ohne weiteres nachvollziehbar, zumal weder psychiatrische noch somatische Befunde ausgewiesen sind, welche das geltend gemachte intensive Schmerzgeschehen (hinreichend) zu erklären vermöchten (vgl. auch E. 3.7 hinten).

3.6.2 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, die im Gutachten gestellte Diagnose gemäss ICD-10 F54 überzeuge nicht. Er leide an einer somatoformen Schmerzstörung.

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers erläutert Dr. med. D._____ im Gutachten nachvollziehbar und mit überzeugender Begründung, weshalb er die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzzustände nicht im Rahmen einer eigentlichen psychischen Erkrankung (somatoforme Schmerzstörung oder andere), sondern als Symptomausweitung qualifiziert, welche diagnostisch bei ICD-10 F54 als somatisch nicht ausreichend abstützbare Schmerzen bei psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierbaren Krankheiten einzuschätzen ist (act. II 68.1 S. 31 f.). Im Übrigen wird die Diagnose einer (anhaltenden) somatoformen Schmerzstörung einzig in den Berichten von Dr. med. M._____ (Therapiezentrum J._____) vom 14. März 2010 (act. II 59 S. 24) respektive der Klinik F._____ vom 6. Oktober 2011 (act. II 59 S. 1) gestellt. Dabei fällt jedoch auf, dass die behandelnden Ärzte des Therapiezentrums J._____ die Schmerzproblematik im weiteren Verlauf anderweitig oder gar nicht mehr codierten (vgl. act. II 59 S. 5 f.; act. IA 2) und im Bericht der Klinik F._____ die nämliche Diagnose nicht weiter diskutiert wird. Jedenfalls begründen diese Berichte keine auch nur geringen Zweifel an den diagnostischen Schlussfolgerungen von Dr. med. D._____. Dass der Gutachter bei der diagnostischen Einschätzung der Schmerzproblematik sodann nicht (massgeblich) auf die Angaben des Beschwerdeführers im Fragebogen SOMS-7T (act. II 68.3 S. 1 ff.) abgestellt hat, ist nicht zu beanstanden, sondern war gegenteils – insbesondere mit Blick auf die aggravatorische Demonstration der Beschwerden (vgl. E. 3.6.1 hiervor) – geradezu geboten (vgl. E. 3.6.3 hiernach).

3.6.3 Der Beschwerdeführer bringt im Weiteren vor, die durch Dr. med. D._____ durchgeführten psychologischen Tests (vgl. act. II 68.2) belegten das Vorliegen einer Depression schweren und nicht lediglich leichten Grades.

Rechtsprechungsgemäss ist im Kontext der Begutachtung die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese entscheidend, wohingegen Testverfahren lediglich eine (mögliche) Ergänzung darstellen (Entscheid

des BGer vom 5. Januar 2012, 8C_639/2011, E. 4.3.1). Namentlich vermag ein massgebliches Abstellen auf die Ergebnisse von Selbstbeurteilungsverfahren in versicherungsmedizinischer Hinsicht zum Vornherein keine beweiskräftigen Einschätzungen des Gesundheitsschadens zu liefern, wenn die geltend gemachten Leistungseinschränkungen überwiegend auf Aggravation und ähnlichen Sachverhalten beruhen.

Entgegen dem Beschwerdeführer besteht kein Anlass, im vorliegenden Fall den von Dr. med. D._____ durchgeführten psychologischen Tests ausnahmsweise eine ausschlaggebende Bedeutung bei der Frage nach der (rechtlich) hinreichenden Ausgewiesenheit eines potentiell anspruchsbegründenden Gesundheitsschadens beizumessen: Dr. med. D._____ wies darauf hin, dass es sich bei einigen der in der Begutachtung verwendeten testdiagnostischen Verfahren um sogenannte Selbstbeurteilungsverfahren handle, bei welchen sich die subjektive Einschätzung der versicherten Person in Bezug auf bestimmte psychische Problembereiche abbilde (act. II 68.1 S. 39). Indem er weiter festhielt, die Testergebnisse seien durch die Aggravation des Beschwerdeführers überlagert (S. 29), war der Gutachter umso mehr gehalten, die durchgeführten Testverfahren lediglich als zusätzlichen Bestandteil für eine umfassende psychiatrische Diagnostik zu verwenden (S. 40) bzw. seine versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen gestützt auf die klinische Untersuchung, die Anamnese sowie den psychopathologischen Befund zu ziehen.

Dass Dr. med. D._____ insofern nicht lege artis vorgegangen wäre, ist sodann nicht ersichtlich. Namentlich stützen sich die übrigen, meist eine mittelschwere depressive Episode attestierenden medizinischen Berichte – so auch jener der Dres. med. H._____ und I._____ vom 8. Mai 2013 (act. IA 2) – ausschliesslich auf die subjektiven Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers ab. Auch wenn zu berücksichtigen ist, dass Schmerzen an sich kaum (restlos) objektivierbar sind, so verlangt eine beweiswertige medizinische Einschätzung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit stets eine Plausibilisierung der geltend gemachten funktionellen Einschränkungen (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S.

297), woran es an den Berichten der behandelnden Ärzte, welche in befundmässiger Hinsicht an sich zu ähnlichen Ergebnissen gelangen, weitestgehend fehlt. Vielmehr wird darin von den subjektiven Beschwerdeangaben direkt auf ein Krankheitswert aufweisendes und die Arbeitsfähigkeit einschränkendes Beschwerdebild geschlossen, was rechtlich gerade nicht ausreicht. Die insoweit fehlende Plausibilisierung fällt umso mehr negativ ins Gewicht, als – wie bereits mehrfach erwähnt – die geltend gemachten Einschränkungen massgebend auf Aggravation und Selbstlimitierung beruhen (vgl. E. 3.6.1 vorne), was eine besonders kritische Prüfung hinsichtlich der medizinischen Ausgewiesenheit und funktionellen Auswirkungen der vorgebrachten Leiden erfordert.

Im Lichte der im Rahmen des Psychostatus (S. 20 f.) erhobenen, überwiegend nur leichten Befunde bzw. unter Berücksichtigung der gemäss gutachterlicher Einschätzung klinisch nur gering ausgeprägten kognitiven Einschränkungen (S. 29) erweist sich die von Dr. med. D. _____ gestellte Diagnose einer leichten depressiven Episode als schlüssig und nachvollziehbar. Daran ändert auch nichts, dass nach Auffassung des Beschwerdeführers ein seit 2010 andauernder krankhafter Zustand keine „Episode“ mehr darstellen könne, wird diese Behauptung doch nicht fachmedizinisch untermauert und sind für die Beurteilung der Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG nicht in erster Linie die Dauer, sondern Art, Schweregrad und funktionelle Auswirkungen der Erkrankung massgebend. In diesem Lichte ist denn auch und entgegen dem Beschwerdeführer das Rating gemäss Mini-ICF-APP (act. II 68.2 S. 1 f.) ohne weiteres nachvollziehbar (act. II 68.1 S. 26).

3.6.4 Schliesslich bedarf die vom Beschwerdeführer an der gutachterlichen Beurteilung der verbliebenen Leistungsfähigkeit geübte Kritik keiner näheren Betrachtung, da – wie nachstehend zu zeigen sein wird (vgl. E. 3.7 hinten) – ohnehin kein invalidisierender Gesundheitsschaden im sozialversicherungsrechtlichen Sinne ausgewiesen ist.

3.6.5 Zusammenfassend erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt gestützt auf die bidisziplinären Gutachten der Dres. med. C. _____ und D. _____ als rechtsgenügend abgeklärt, weshalb es der in der Be-

schwerde erwähnten (vgl. Art. 5, S. 6) – wenngleich nicht ausdrücklich beantragten – weiteren Abklärungen nicht bedarf.

3.7 Gestützt auf die bidisziplinären Gutachten der Dres. med. C._____ und D._____ lässt sich mit Bezug auf den Gesundheitszustand sowie die Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit Folgendes festhalten:

3.7.1 Wie bereits Dr. med. E._____ anlässlich der Untersuchung vom 24. Oktober 2007 (act. II 25), konnte auch Dr. med. C._____ – in Übereinstimmung mit den übrigen medizinischen Berichten – für die vom Beschwerdeführer geltend gemachten, multiplen körperlich empfundenen Beschwerden kein (hinreichendes) organisches Korrelat bezeichnen, weshalb er für die Erklärung der Beschwerden auf die Ergebnisse im psychiatrischen Gutachten verwies (act. II 67.1 S. 13). Entsprechend attestierte er aus somatisch-rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

3.7.2 Dr. med. D._____ ordnete die psychischen Beschwerden einerseits psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern gemäss ICD-10 F54 sowie einer leichten depressiven Episode gemäss ICD-10 F32.0 zu.

Bei der nach Massgabe von F54 diagnostizierten Symptomausweitung handelt es sich um eine leichte psychische Störung, welche die Zuordnung zu einer anderen Kategorie im Kapitel V (F) nicht rechtfertigt (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 268). Da zudem einzig eine leichte depressive Episode diagnostiziert wurde, liegt unter den vorliegend gegebenen Umständen zum Vorherein kein rechtserheblicher Gesundheitsschaden im Sinne des IVG vor, beruhen doch die Beschwerden massgeblich auf Aggravation, Selbstlimitierung und sekundärem Krankheitsgewinn bzw. tritt dabei die bereits erwähnte leichte depressive Episode als potentiell versicherte gesundheitliche Beeinträchtigung in den Hintergrund (act. II 68.1 S. 30 ff.; vgl. E. 2.1.1 f. vorne). Daran ändert auch nichts, dass Dr. med. D._____ eine – wenn auch geringe – Einschränkung der Leistungsfähigkeit

attestierter, bildet doch die Frage nach dem Vorliegen eines potentiell anspruchsbegründenden Gesundheitsschadens eine von den Recht anwendenden Behörden basierend auf medizinischen Unterlagen (vgl. E. 3.6 vorne) zu beurteilende Rechtsfrage. Vor dem Hintergrund der gutachterlich bestätigten final ausgerichteten Entschädigungshaltung des Beschwerdeführers bleibt zudem anzumerken, dass die durch Untätigkeit bedingte Dekonditionierung, verbunden mit einem im Vordergrund stehenden Rentenwunsch, auch nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung keine psychische Störung mit Krankheitswert zu begründen vermag (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 39, Rz. 96).

Selbst jedoch, wenn mit Bezug auf die geltend gemachte Schmerzproblematik gemäss ICD-10 F54 von einem – grundsätzlich Krankheitswert aufweisenden und die Anwendung der Schmerzpraxis (BGE 130 V 352; 137 V 64 E. 4.1 S. 67) erfordernden – pathogenetisch-ätiologisch unklaren syn-dromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage auszugehen wäre, bestände mangels Unüberwindbarkeit (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG) der vorgetragenen Beschwerden keine Invalidität im Rechtssinne, fehlte es doch mit der von Dr. med. D. _____ diagnostizierten leichten depressiven Episode bereits am Kriterium einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer (vgl. Entscheid des BGer vom 6. Juni 2011, 9C_1040/2010, E. 3.4.2.1) und sind auch die übrigen für die Prüfung der Überwindbarkeit massgeblichen Morbiditätskriterien offensichtlich nicht erfüllt: Namentlich liegen keine chronische körperliche Begleiterkrankung (act. II 67.1 S. 8) und kein primärer Krankheitsgewinn vor. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist nicht ersichtlich; gegenteils wird der Beschwerdeführer durch die Familie intensiv unterstützt (vgl. act. II 49 S. 3). Sodann kann in Anbetracht der schlechten Compliance (vgl. act. II 59 S. 5 f.; 68.1 S. 30) auch nicht vom Scheitern einer konsequent durchgeführten (ambulanten oder stationären) Therapie gesprochen werden.

Demnach ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden zu verneinen.

3.8 Mit Bezug auf die im Hauptbegehren beantragten „Massnahmen beruflicher Art“ ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer die ihm attestierte intakte Erkenntnis- und Wertungsfähigkeit (act. II 68.1 S. 33 f.) weiterhin in Abrede stellt und sein aggravatorisches Verhalten für nicht überwindbar hält (Beschwerde, Art. 4, S. 5). Damit bestätigt er, dass es ihm an jeglicher Motivation fehlt, sich der auch aus therapeutischer Sicht erforderlichen beruflichen Wiedereingliederung mit der dazugehörigen Tagesstruktur zu stellen (vgl. dazu act. II 49 S. 3; 59 S. 2 und 6). Die Beschwerdegegnerin hat deshalb zu Recht auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verzichtet.

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich im Eventualbegehren die Festsetzung des Invaliditätsgrades auf „mindestens 40%“ und damit die Ausrichtung einer Invalidenrente beantragt, ist er zudem auf die höchstrichterliche Rechtsprechung gemäss BGE 106 V 89 zu verweisen, wonach bei Rentenbegehrlichkeit die Verweigerung einer Rente so lange aufrechtzuerhalten ist, als von ihm erwartet und gefordert werden kann, dass er seinen Rentenwunsch aufgibt und eine Arbeit annimmt (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, a.a.O., S. 22, Rz. 20).

3.9 Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

4.

4.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers wurde mit prozessleitender Verfügung vom 11. Juni 2013 anerkannt (vgl. auch act. IA 4). Im Weiteren ist

die Beschwerde nicht als aussichtslos zu qualifizieren, weshalb die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege vorliegend erfüllt sind. Das entsprechende Gesuch des Beschwerdeführers ist somit gutzuheissen und es ist ihm Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt beizuordnen.

4.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 700.-- festgesetzt und dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 4.1 hiervor) wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

4.3

4.3.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteienschädigung.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer (MWSt.) werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 und der Übergangsbestimmung Ziff. 2 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte vom 20. Oktober 2010 (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Die von Rechtsanwalt B._____ eingereichte Kostennote vom 23. Juli 2013 bzw. der geltend gemachte zeitliche Aufwand von 7 Stunden ist nicht zu beanstanden. Gestützt darauf ist der tarifmässige Parteikostenersatz auf total Fr. 2'220.05 festzusetzen (Honorar: Fr. 1'890.--, Auslagen: Fr. 73.--, MWSt. [auf Fr. 1963.--]: Fr. 157.05, Gebühren: Fr. 100.--). Davon ist Rechtsanwalt B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 1'400.-- (7 Stunden x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 73.-- und MWSt. von Fr. 117.85 (8% von Fr. 1'400.--) sowie Gebühren von Fr. 100.--, total somit eine Entschädigung von Fr. 1'690.85, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

4.3.2 Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'220.05 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'690.85 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen, Gebühren und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwalt B._____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (mit Eingaben vom 23. Juli 2013 und 21. Mai 2014)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.

