

200 14 612 IV
FUR/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. Oktober 2014

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Mai 2014

Sachverhalt:

A.

Der 1967 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Mai 2006 unter Hinweis auf die Folgen einer 1988 bzw. im März 2005 bei einem Unfall zugezogenen Fussverletzung rechts bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. IIA] 1; 10 S. 6; 19 S. 42). Die IVB klärte den Sachverhalt in erwerblicher und medizinischer Hinsicht ab und zog insbesondere die Akten des obligatorischen Unfallversicherers SUVA (act. IIA 19; 74; 80) sowie jene des Krankentageldversicherers (act. IIA 20; 25) bei. Ferner liess sie eine Arbeitsmarktlich-Medizinische Abklärung (AMA; act. IIA 55) durchführen und den Versicherten im C._____ (nachfolgend MEDAS) polydisziplinär begutachten (Expertise vom 12. November 2007 [act. IIA 73]). Im Rahmen des anschliessenden Vorbescheidverfahrens liess die IVB den Versicherten nach Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD [act. IIA 94]) zusätzlich durch Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 19. Juli 2009 [act. IIA 98]). Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 1. April (Akten der IVB [act. II] 121 S. 10 ff.) bzw. vom 24. Mai 2010 (act. II 122 S. 1 ff.) sprach die IVB dem Versicherten eine vom 1. März bis 31. Juli 2006 befristete ganze respektive eine ab 1. September 2008 unbefristete und auf einem Invaliditätsgrad von 55% basierende halbe Invalidenrente zu.

B.

Im Rahmen einer im Februar 2012 von Amtes wegen eingeleiteten Revision (act. II 132) zog die IVB die medizinischen Akten bei und veranlasste bei Dr. med. E._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH (RAD), eine Untersuchung (Untersuchungsbericht vom 11. September 2012 [act. II 151]). Ferner holte sie die Akten des Berufsvorsorgeversicherers (act. II 157.1 ff.) ein, beinhaltend u.a. ein in dessen Auftrag von Dr.

med. F._____, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH und Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie (act. II 175.1 S. 2 ff.), erstelltes polydisziplinäres Gutachten. Nachdem die IVB die medizinischen Akten wiederum Dr. med. E._____, (RAD) vorgelegt hatte (act. II 181; 186), liess sie den Versicherten zudem durch Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachten (Expertise vom 5. März 2014 [act. II 197.1]). Mit Vorbescheid vom 13. März 2014 (act. II 198) stellte die IVB dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 10% die Aufhebung der Invalidenrente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats in Aussicht. Nach durchgeführtem Einwandverfahren (act. II 209) verfügte die IVB am 22. Mai 2014 (act. II 211) wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

C.

Gegen die Verfügung vom 22. Mai 2014 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 23. Juni 2014 Beschwerde erheben und beantragen:

1. Die Verfügung vom 22. Mai 2014 (Eingang 23. Mai 2014) betreffend Aufhebung der Invalidenrente zu Gunsten des Beschwerdeführers, sei aufzuheben.
2. Der Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu gewähren.
3. Dem Beschwerdeführer sei weiterhin eine halbe IV-Rente, eventualiter eine Viertelsrente zuzusprechen.
4. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege, umfassend anwaltliche Verbeiständung im Sinne von Art. 61 lit. f ATSG, zu gewähren.

- Unter Kostenfolge -

Mit Bezug auf das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung macht der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, der Entzug der IV-Rente und der daran gekoppelten Ergänzungsleistungen bedeute für den Beschwerdeführer eine grosse Härte, weshalb die aufschiebende Wirkung wieder herzustellen sei. In materieller Hinsicht bringt der Beschwerdeführer hauptsächlich vor, es sei entgegen der IVB keine Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten. Der (psychische) Zustand sei fluktuie-

rend; der Beschwerdeführer könne immer wieder in leichte bis mittelschwere depressive Phasen geraten. Das Gutachten (von Dr. med. H. _____) gebe nicht an, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Verschlimmerung des Zustandes erwartet werden müsse oder in welcher Zeitspanne ein solcher eintreten könne. Insofern sei der Sachverhalt nicht vollständig abgeklärt worden. Im Übrigen habe Dr. med. H. _____ den Beschwerdeführer lediglich 95 Minuten gesehen, in welcher Zeit keine Rückschlüsse auf die gegenwärtige Ausbildung der Depression gezogen werden könnten. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, könne sich diesbezüglich auf eine bessere Grundlage stützen. Weiter werde auch „F 45.0“ diagnostiziert, was der Vorbescheid vollständig ignoriere. Sodann müsse aufgrund der 20%igen Arbeitsunfähigkeit die Rentenbemessung basierend auf einem 80%-Pensum erfolgen. Da der Beschwerdeführer kaum etwas heben könne und Probleme beim Drehen des Kopfes habe, sei ihm auch eine Überwachungstätigkeit nicht zumutbar. Im Weiteren habe der Oswestry Score einen Wert von 62 ergeben, was für sich alleine eine IV-Rente begründe. Med. prakt. J. _____, Facharzt für Anästhesiologie FMH, bestätige denn auch eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Da der Oswestry Score zum Golden Standard gehöre, werde beantragt, jenen durch einen Spezialisten erheben zu lassen. Schliesslich sei beim Einkommensvergleich ein leidensbedingter Abzug von 35% vorzunehmen, was zusammen mit der 20%igen Arbeitsunfähigkeit weiterhin einen IV-Grad von 55% ergebe.

Gleichen Tags liess der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege einreichen.

Mit Beschwerdeantwort vom 18. August 2014 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. In der Begründung macht sie im Wesentlichen geltend, das Gutachten von Dr. med. H. _____ sei voll beweiskräftig und stimme mit der Einschätzung von Dr. med. E. _____ (RAD) sowie dem Gutachten der Dres. med. F. _____ und G. _____ überein. Hieran änderten auch die Berichte der behandelnden Ärzte nichts. Im Übrigen habe Dr. med. H. _____ die Schmerzproblematik berücksichtigt, indem er (auch) eine Somatisierungsstörung diagnostiziert habe. Schliesslich sei auch die Ermittlung des Invaliditätsgrades korrekt erfolgt.

Mit Verfügung vom 22. August 2014 wies die Instruktionsrichterin das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab.

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 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 22. Mai 2014 (act. II 211). Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der per Ende Juni 2014 verfügten Rentenaufhebung.

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). 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).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (oder ein äquivalentes Störungsbild) als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im

Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354).

Aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283).

2.3 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.

2.4

2.4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.4.2 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).

2.4.3 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 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.4.4 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369, SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

2.5 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 Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 24. Mai 2010 sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab 1. September 2008

eine halbe Rente zu. Der revisionsrechtlich massgebende Vergleichszeitraum erstreckt sich demnach vom 24. Mai 2010 bis zum Zeitpunkt der mit Verfügung vom 22. Mai 2014 (act. II 211) erfolgten revisionsweisen Aufhebung der Invalidenrente (vgl. E. 2.3.4 vorne).

3.2 In der Verfügung vom 24. Mai 2010 legte die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das MEDAS-Gutachten vom 12. November 2007 (act. IIA 73) und das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 19. Juli 2009 (act. IIA 98) zugrunde (act. II 121 S. 6 f.).

3.2.1 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 12. November 2007 (act. IIA 73) wurden die folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen festgehalten (S. 20):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronische Fusschmerzen rechts (ICD-10 M79.6)
 - Status nach Exzision eines Osteochondroms und mehrerer freier Ossikel am Talushals rechts am ... sowie Status nach Rückfussoperation ... (ICD-10 Z98.8)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Verdacht auf Symptomausweitung und Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)

In orthopädischer Hinsicht liessen sich die folgenden Befunde erheben: Das Gangbild auf der Treppe und in ebenem Terrain zeige eine leichte Schonung des rechten Beines, sei jedoch gesamthaft mit einem nur leichten Hinken möglich. Die extensionsnahen Gangvarianten gelängen rechts nur eingeschränkt, indem insbesondere das Anheben des Fusses beim Fersengang durch eine etwas limitierte Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk reduziert sei. Der Rumpf sei in sämtlichen Abschnitten frei beweglich, wobei der initial deutlich vermehrte Finger-Boden-Abstand später durch den Langsitz relativiert werde, wo die Fingerspitzen bei gestreckten Knien bis zum Fussrücken hätten geführt werden können. An den unteren Extremitäten konzentriere sich die Problematik auf den rechten Fuss, wo reizlose Narben bei Status nach mehreren Voreingriffen an Rück- und Mittelfuss beständen. Die Beweglichkeit sei vor allem im OSG etwas eingeschränkt,

indem die Dorsalextension auf etwa 5° limitiert sei, wohingegen die Beweglichkeit der übrigen Gelenke nicht wesentlich eingeschränkt scheine, die Untersuchung jedoch mit Rücksicht auf die anamnestischen Beschwerden bewusst äusserst vorsichtig erfolge. Die Beschwellung an der Fusssohle sei ausgeprägt und akzentuiert im lateralen Bereich, zeige jedoch gesamthaft im Vergleich zur Gegenseite keine wesentlichen Unterscheidungen. Auffallend sei aber die spontan stets etwas vermehrte Supinationshaltung, die sich auch in Belastung fortsetze, so dass das Abrollen über die Grosszehe etwas vermindert sei. Die übrigen Gelenke seien frei und weitestgehend schmerzlos beweglich und es würden nur intermittierend leichte Schmerzen über dem Trochanter major rechts angegeben, ohne dass sich jedoch klinisch eine Strukturalteration an der rechten Hüfte postulieren liesse (S. 18).

An den oberen Extremitäten bestehe eine freie Beweglichkeit sämtlicher Gelenke bei sehr guter Kraftentfaltung, die lediglich an der rechten Hand etwas abgeschwächt sei, was offenbar auch dem Beschwerdeführer bereits aufgefallen sei, da er rechtsdominant sei und hier früher eine grössere Kraft gehabt habe als auf der Gegenseite (S. 18).

Auf neurologischer Ebene ergäben sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems, indem insbesondere eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nervs klinisch weitestgehend ausgeschlossen werden könne (S. 18).

Mit Bezug auf die angestammte Tätigkeit als ... bestehe aus orthopädischer Sicht bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit (S. 21). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit bestehe für körperlich leichte Tätigkeiten mit einer Hebe- und Traglimite von 10kg, die in wechselnder Position, jedoch mindestens zur Hälfte im Sitzen durchgeführt werden könne, eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 100%, wobei aus psychiatrischer und internistischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit beständen (S. 22).

3.2.2 Im psychiatrischen Gutachten vom 19. Juli 2009 (act. IIA 98) hielt Dr. med. D. _____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

eine mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom im Rahmen einer chronischen Entwicklung (ICD-10 F32.11) sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) fest (S. 11).

Die Diagnose der depressiven Entwicklung ergebe sich aus den vorliegenden Arztberichten, den Eigenangaben des Beschwerdeführers sowie dem aktuellen psychopathologischen und psychometrischen Untersuchungsbefund (S. 12). Im psychopathologischen Befund mache der Beschwerdeführer einen leidend depressiven Eindruck. Die Grundstimmung sei während der gesamten Exploration gleichbleibend gedrückt-depressiv gewesen, ohne spontane Aufhellung. Die Aufmerksamkeit habe für die Dauer des Gespräches nicht durchgehend aufrechterhalten werden können, habe im Verlauf des Gesprächs fluktuiert mit kurzen Phasen der Abgelenktheit und deutlichen Ermüdungszeichen (Wegdriften) gegen Ende der Exploration. Es habe sich ein konsistentes Bild depressiver Hemmung gezeigt. Der Redefluss sei leicht viskös gewesen. Auf der Verhaltensebene habe sich ein depressiver Habitus gezeigt. Der formale Gedankengang und der Antrieb seien leicht verlangsamt bzw. vermindert, Mimik und Gestik wenig mit dem Gesagten mitschwingend gewesen. Auch psychometrisch habe sich auf den beiden Fremdbeurteilungsskalen (Hamilton, MADRS) ein mittelgradiges depressives Syndrom abgebildet (S. 13). Differentialdiagnostisch sei hinsichtlich der depressiven Symptomatik eine organisch bedingte depressive Störung, eine dysthyme Störung, eine bipolar affektive Störung, eine schizoaffektive Störung oder eine Persönlichkeitsstörung zu erwägen. Für die aufgeführten Diagnosen seien die Kriterien nach ICD-10 jedoch nicht erfüllt gewesen (S. 14).

Mit Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. D._____ fest, die zum Untersuchungszeitpunkt ausgeprägte mittelgradig depressive Symptomatik sei als eine relevante mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität zu beurteilen. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) liege nicht vor, vielmehr sei von einem ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn auszugehen. Es bestehe ein gewisser sozialer Rückzug, wenn auch nicht in allen Belangen des Lebens (in-

takte Familie, Aussenkontakte). Die Behandlungsoptionen seien noch nicht ausgeschöpft (zum Beispiel stationäre Behandlung). Gesamthaft sei aus psychiatrischer Sicht dem Beschwerdeführer eine entsprechende Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung erschwert, aber nicht verunmöglichlicht. Es sei längerfristig aus psychiatrischer Sicht eine seinen Fähigkeiten und körperlichen Möglichkeiten entsprechende Tätigkeit in einem Umfang von 50% der wöchentlichen Arbeitszeit (4 Stunden pro Tag) möglich (S. 15).

3.3 Für den Zeitraum zwischen Erlass der Verfügung am 24. Mai 2010 und der hier angefochtenen Verfügung vom 22. Mai 2014 präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Mit Bericht vom 9. April 2012 (act. II 135) diagnostizierte med. prakt. J. _____ einen Zustand nach Arbeitsunfall am 23. März 2003 (richtig: 2005 [act. II 157.5]) mit mehreren konsekutiven Fussoperationen sowie der Entwicklung eines CRPS Grad I (ICD10 G57.9), einen Zustand nach Aufahrunfall am 20. März 2011 mit HWS-Distorsion (ICD10 S13.4), einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung (ICD10 F45.4) sowie eine mittelschwere Depression (ICD10 F32.1). Vordergründiges Problem seien stechende, intermittierend auftretende Schmerzen im Bereich der HWS. Die Schmerzen strahlten im Bereich des Trapezius dorsal den Oberarm entlang bis auf die palmare Ellbogenseite. Weiter beschreibe der Beschwerdeführer ziehende, konstant auftretende Schmerzen vom Occiput bis in den Bereich der grossen Fontanelle, welche insbesondere bei Nackenbewegungen verstärkt würden. Die Schmerzen im low back sowie die Fussbeschwerden seien erwähnt worden, stünden jedoch nicht in direktem Zusammenhang mit den aktuell vordergründigen Problemen – mit diesen Beschwerden könne sich der Beschwerdeführer arrangieren (S. 5). Hinsichtlich des Psychostatus hielt med. prakt. J. _____ fest, die Grundstimmung sei deutlich beeinträchtigt und gedrückt, die Schwingungsfähigkeit sei eingeschränkt; der affektive Rapport könne aber gut hergestellt werden (S. 7). Bezüglich der antidepressiven Therapie sei kein Ausbau notwendig, da der Beschwerdeführer von der aktuellen Einstellung bereits sehr profitiere (S. 3). Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 29. November 2011 100% (S. 8).

3.3.2 Im Untersuchungsbericht vom 11. September 2012 (act. II 151) diagnostizierte Dr. med. E. _____ (RAD) eine Fussdeformität rechts bei Status nach operierter Exostose, ein Schmerzsyndrom bei Status nach Autounfall im März 2011 sowie nach Talus-Chondromoperation 2005 und einen Status nach Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode 2009 (S. 7).

In befundmässiger Hinsicht hielt Dr. med. E. _____ fest, es beständen keine Hinweise auf eine psychische Störung, namentlich nicht auf eine depressive Störung. Der Blutspiegel für Opiate sei negativ. Eine allseits verminderte aktive Beweglichkeit werde teilweise ausserhalb der Untersuchungssituation übertroffen (z.B. beim Bücken), auch die Atmung und das Husten blieben auf Aufforderung sehr oberflächlich. Die Kopfdrehung sei beidseits aktiv vermindert, der Muskel, der die Bewegung bewirke werde in jener Richtung mehr betätigt, in welcher die Drehung schwieriger gelinge. Am rechten Arm werde auf Aufforderung weniger Kraft entwickelt, bei Pro- und Supination setzten Zittern ein, gemäss Angabe sei aktives Strecken im Ellbogen nicht möglich; beim Versuch, dies passiv zu tun, werde mittels Muskelspannung Widerstand geleistet. Der rechte Fuss weise auf dem Fussrücken eine starke höckerförmige Deformität auf. Der Gang erscheine nicht gestört, nur verlangsamt. Während des Untersuchs erhalte man den Eindruck, dass die Dorsalextension des rechten Fusses eingeschränkt sei. Da in vielen Gelenken die Beweglichkeit vom Versicherten aktiv beschränkt bzw. nicht voll ausgeführt werde, lasse sich diesbezüglich keine gesicherte Angabe machen (S. 9). Insgesamt sei der Befund am Fuss noch derselbe wie 2006 (S. 8).

Hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils sei eine Arbeit in Wechselbelastung mit Stehen und Gehen bis maximal eine halbe Stunde am Stück, ohne hohe Belastungen mit Gewicht (ca. bis 10kg) und mit mehr als 50% Sitzen, nicht zu fein und intellektuell nicht zu anspruchsvoll, zumutbar. Es gebe keine Befunde, die eine zeitliche Einschränkung aus medizinischen Gründen verlangen würden. Die frühere Arbeit auf dem Bau sei jedoch nicht mehr zumutbar (S. 9).

Seit der letzten Rentenbeurteilung liege somatisch keine relevante Veränderung vor. Markant sei nach wie vor die Deformation am rechten Fussrücken.

cken. Bezüglich Arm und Nacken lägen zwar seit 2011 neue und mehr subjektive Beschwerden vor, aber keine relevanten objektivierbaren Befunde.

Psychisch liege eine Verbesserung vor. Im Gegensatz zum Befund im Gutachten von Dr. med. D._____ sei während der Untersuchung bei ihr die Aufmerksamkeit durchgehend erhalten geblieben. Der Redefluss sei flüssig gewesen, und nicht monoton wie damals. Auch im Habitus habe er nicht depressiv gewirkt. Nur während der Untersuchung habe er oft die Augen beinahe geschlossen und dabei die Augäpfel nach oben gedreht. Die Grundstimmung sei zwar immer noch pessimistisch, könnte auch als leicht dysphorisch bezeichnet werden; insgesamt aber habe sie den Beschwerdeführer so erlebt, dass er ihr sein subjektives Erleben verständlich habe machen wollen. Ein verminderter Antrieb habe nicht festgestellt werden können. Schliesslich könne auch eine anhaltende Schmerzstörung ihres Erachtens nicht mehr diagnostiziert werden (S. 9).

3.3.3 Im polydisziplinären Gutachten vom 28. August 2012 (act. II 175.1 S. 2 ff.) zu Händen des Berufsvorsorgeversicherers diagnostizierten die Dres. med. F._____ und G._____ eine Dysthymia (ICD-10 F34.1), Spannungsschmerzen im Sinne eines HWS-Schulter-Arm-Syndroms (ICD-10 G44.2) sowie eine nicht näher bezeichnete Verletzung des rechten Fusses mit möglichem Rezidiv eines CRPS I nach Bagatelltrauma 2005 (ICD-10 S99.9; S. 22).

In den somatischen Disziplinen (Innere Medizin und Rheumatologie, Neurologie mit Klinischer Neuropsychologie) seien die folgenden Befunde erhoben worden: Internistisch liessen sich bis auf eine leichte Hypertonie mit Tachykardie (wahrscheinlich stressbedingt im Rahmen der Begutachtung) keine pathologischen Befunde nachweisen, während rheumatologisch eine Einschränkung des Bewegungsumfanges der Halswirbelsäule bei muskulären Verkürzungen imponiere, wobei deren Ausmass nicht mit Sicherheit habe quantifiziert werden können. Trotz flüssigem Bewegungsverhalten habe der Beschwerdeführer das Auftreten von Schwindel und Nausea nur nach der Inklinationsbewegung geltend gemacht und nicht – wie es aufgrund der Anamnese habe angenommen werden müssen – nach jeder der teilweise komplexen Bewegungsabfolgen. Die peripheren Gelenke seien beidseits rechtsbetont nur erschwert zu untersuchen gewesen bei sak-

kadierendem, wechselhaftem Gegenspannen. Die klinischen Befunde des rechten Fusses seien mit den früher dokumentierten Untersuchungsbefunden verglichen worden und hätten keine fassbare Veränderung gezeigt. Klinisch könnten keine sicheren Hinweise für das angeblich vorliegende CRPS1 festgehalten werden (S. 19).

Neurologisch hätten keine Hinweise für traumatische Schädigungen des peripheren und zentralen Nerven-Systems gefunden werden können (S. 19).

Neuropsychologisch hätten keine leistungsrelevanten kognitiven Defizite vorgelegen, was gut dazu passe, dass keine Hinweise für hirnorganische Schädigungen im Rahmen der neurologischen Untersuchung hätten gefunden werden können (S. 19).

Auf psychischem Gebiet sei folgender Befund erhoben worden: Der Beschwerdeführer habe insgesamt verhalten und leicht depressiv gewirkt mit apathisch-dysphorischem Einschlag, zeitweilig auch klagsam, was allerdings im Rahmen der Begutachtung als normal angesehen werden könne. Blickkontakt sei eher vermieden worden. Er sei kooperativ bei nur äusserst diskret fluktuierender Aufmerksamkeit gewesen, die nicht von einem inneren Desinteresse unterschieden werden könne. Seine Darstellungen seien stark auf die Schmerzproblematik und sein ungerechtes Schicksal eingengt gewesen, das Gesicht oft ausdruckslos. Es hätten sich keine Hinweise für akute oder latente Suizidalität oder eine mehr allgemeine Lebensmüdigkeit ergeben. Die Reaktion auf die verschiedenen Themen der Exploration sei in der Auslenkung emotional flach aber adäquat gewesen, und habe ein leicht eingengtes Spektrum affektiver Tönungen erkennen lassen. Der Antrieb sei nicht vermindert gewesen (S. 19).

Zusammenfassend müsse aus versicherungsmedizinischer Sicht davon ausgegangen werden, dass durch den Unfall am 20. März 2012 (richtig: 2011) keine wesentlichen neuen und insbesondere keine objektivierbaren organischen Gesundheitsschäden eingetreten seien. Hinsichtlich der diagnostischen Einordnung der zur Zeit noch vorliegenden Gesundheitsschäden liege aus psychiatrischer Sicht eine Dysthymia vor. Es sei bekannt, dass zu einer derartig durchgängig bestehenden affektiven Störung je nach

äusserlichem Anlass depressive Episoden im Sinne reaktiver depressiver Störungen hinzukommen könnten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liege keine solche zusätzliche depressive Episode vor (S. 21). Die weiterhin vorliegenden Verspannungen der Muskulatur im Bereich des Schultergürtels und Halses und die dadurch hervorgerufenen Schmerzen und Begleitsymptome wie Kribbelparästhesien, unsystematischer Schwindel, Durchschlafstörungen wegen Schmerzen und vermehrtes Schwitzen würden neurologisch als Kopfschmerzen vom Spannungstyp (G44.2) eingeordnet, wobei aus psychiatrischer Sicht zu berücksichtigen sei, dass die muskulären Verspannungen wiederum Ausdruck psychischer Anspannungen in Zusammenhang mit vielfältigen Belastungen (psychosozialer und sozio-ökonomischer Art) seien. Aus diesem Grund sei die Kombination von Dysthymia und Kopfschmerzen vom Spannungstyp häufig anzutreffen (S. 22).

3.3.4 Im psychiatrischen Gutachten vom 5. März 2014 (act. II 197.1) hielt Dr. med. H. _____ unter Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie (DD: rezidivierende depressive Störung, derzeit leichtgradig; ICD-10 F34.1 [F33.0]) sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) fest (S. 13). Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er keine.

Hinsichtlich der Untersuchungsbefunde hielt Dr. med. H. _____ fest, die Intelligenz des Beschwerdeführers sei durchschnittlich; er sei vollständig zu Ort (er sei von seiner Tochter zu ihm gebracht worden, weshalb er die örtliche Orientierung nicht sicher beurteilen könne), Zeit, der Untersuchungssituation und sich selber orientiert. Bezüglich Aufmerksamkeit und Konzentration ergäben sich keine Besonderheiten. Der Beschwerdeführer sei bei Datenangaben unsicher, ansonsten sei das Gedächtnis intakt, das Kurzzeitgedächtnis sei reduziert; das Denken sei auf die Schmerzen eingeschränkt. Er fände weder Fehlwahrnehmungen noch wahnhaftige Ideen oder Zwänge (S. 12). Der Beschwerdeführer wirke misstrauisch, verärgert; er entspanne sich aber mit der Zeit; er sei allerdings wenig spürbar und klaglos. Der Beschwerdeführer habe überall Schmerzen und berichte, dass sein Schlaf unruhig sei. Es beständen keine besonderen Persönlichkeitsmerkmale (S. 13).

Er – Dr. med. H._____ – habe in seiner Untersuchung einen Beschwerdeführer angetroffen, der unsicher, den rechten Fuss schonend, die Treppen hochgestiegen und im Gespräch mit ihm recht zurückhaltend geblieben sei. Er sei klagsam gewesen und auch ärgerlich darüber, dass er wiederum zu einem Gutachten aufgeboten worden sei. Das von Kollege G._____ und auch den Untersuchenden der MEDAS festgestellte Zittern der rechten Hand sei auch bei ihm vorhanden gewesen – ähnlich wie Dr. med. G._____ es beschreibe, jedoch nicht immer, sondern in demonstrativer Art und Weise vorgeführt (S. 15).

Inkonsistenzen fänden sich in der Aussage des Beschwerdeführers zu den eingenommenen Medikamenten (er habe ihn dazu zweimal befragt, beide Male habe er angegeben, die Medikamente wie verordnet einzunehmen), doch das Medikamenten-Screening habe gezeigt, dass das Antidepressivum Trittico nicht eingenommen worden sei, das zweite Antidepressivum Cymbalta in ungenügender Dosis. Auch Panadol (Schmerzmittel) habe er nicht zu sich genommen (S. 15).

Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich bei der Diagnose einer Dysthymie (oder leichten depressiven Störung) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; man müsse allerdings davon ausgehen, dass mit einer leichten Leistungsminderung von 20% zu rechnen sei. Bei der Diagnose einer Somatisierungsstörung seien die Foerster-Kriterien anzuwenden: Eine mitwirkende psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Prägung und Dauer liege nicht vor, ebenso wenig ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens sowie ein verfestigter therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn). Auch beständen keine unbefriedigenden Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter oder stationärer Behandlungen (S. 16).

Der Beschwerdeführer bewältige seinen Alltag ohne Hilfen, pflege eher wenige Kontakte (Familie; Kollegen); er sei davon überzeugt, nicht mehr arbeiten zu können wegen der Schmerzen (S. 16). Die Befunde sozialer Rückzug, Neigung zum Weinen, Verlust von Interesse oder Freude an der Sexualität habe er nicht mehr feststellen können, weshalb sich der Ge-

sundheitszustand des Beschwerdeführers gegenüber der Begutachtung bei Dr. med. D. _____ gebessert habe (S. 17).

Insgesamt könnten die bisherige wie auch andere Tätigkeiten ausgeübt werden; der Beschwerdeführer sei funktionstüchtig und belastbar; ihm sei ein übliches und vollschichtiges Pensum (nach Training, wegen langer Abwesenheit von Arbeiten) zumutbar. Es bestehe jedoch wegen der Dysthymie eine 20%ige Leistungseinschränkung (S. 17 f.).

3.3.5 Mit zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfasstem Bericht vom 12. Juni 2014 (act. II 214 S. 2 ff.) hielt med. prakt. J. _____ fest, der Beschwerdeführer leide an rechtsseitigen Schmerzen im Fuss, Bein und Arm. Zudem bestünden Rückenschmerzen und vorwiegend nozizeptive Schmerzen im Bereich von Hals und Kopf bei Zustand nach HWS-Distorsion (S. 2).

Der Oswestry-Score sei seines Wissens nur vom Manualdiagnostiker erhoben worden. Er berechne sich in Prozenten, wobei 0 keine Einschränkung und 100 eine maximale Einschränkung bedeuteten. Dabei würden jeweils 6 Aussagen des Patienten zu verschiedenen Bereichen gewertet. Diese Bereiche beträfen einmal den Schmerz, die Selbstaufmerksamkeit, die Fähigkeit sich zu bewegen, die sexuelle Funktion, das soziale Leben, die Schlafqualität und die Reisefähigkeit. Unter Fachleuten gelte der Oswestry-Score als der Goldstandard zur Messung der Fähigkeitseinschränkung und der Lebensqualität bei Patienten mit low back pain (S. 4).

Aus seiner Sicht bestehe aufgrund der somatischen Morbidität und der psychischen Komorbidität, welche teilweise sogar führend erscheine, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4).

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

3.5.1 In medizinisch-somatischer Hinsicht ist aufgrund der Akten zunächst erstellt und unter den Parteien insofern unbestritten, dass der Beschwerdeführer unverändert an einer Deformation des rechten Fussrückens leidet, weshalb ihm die frühere Arbeit auf dem Bau auch weiterhin nicht zumutbar ist (act. II 151 S. 9). Eine fassbare Veränderung zum Gesundheitszustand im Zeitpunkt der ersten Verfügung konnte insoweit nicht festgestellt werden (vgl. auch act. II 175.1 S. 19). Entsprechend resultiert auch hinsichtlich des vorliegend zu berücksichtigenden Vergleichszeitraums (vgl. E. 3.1 vorne) in somatischer Hinsicht ein Zumutbarkeitsprofil, wie es bereits im Rahmen des MEDAS-Gutachtens vom November 2007 festgehalten worden war (vgl. act. IIA 73 S. 23; II 151 S. 9).

Des Weiteren folgt aus den Akten, dass durch den Auffahrunfall vom ... mit konsekutivem HWS-Distorsionstrauma keine zusätzlichen organisch begründbaren Beschwerden resultierten (act. II 175.1 S. 21 f.). Die Ursache für die in der Folge sich körperlich manifestierenden Beschwerden wurde deshalb dem psychiatrischen Formenkreis zugeordnet (vgl. act. II 175.1 S. 22), was grundsätzlich von keiner Seite in Frage gestellt wird.

Aus dem Gesagten folgt deshalb, dass in somatischer Hinsicht seit der Verfügung vom 24. Mai 2010 keine revisionsrelevante Änderung in den medizinischen Verhältnissen eingetreten ist.

3.5.2 Soweit die psychischen Beschwerden betreffend, erging die angefochtene Verfügung vom 22. Mai 2014 im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten von Dr. med. H._____ vom 5. März 2014. Dieses erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.4.2 hiavor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Es ist nachvollziehbar und überzeugt; namentlich lässt sich gestützt darauf – unter Mitberücksichtigung des Gutachtens der Dres. med. F._____ und G._____ (act. II 175.1 S. 2 ff.), welchem ebenfalls volle Beweiskraft zukommt (vgl. E. 3.4.2 vorne) – die vorliegend massgebliche Frage nach dem Vorliegen einer revisionsrechtlich relevanten Änderung des psychischen Gesundheitszustandes ohne weiteres beantworten. Daran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern:

Zunächst schadet es dem Beweiswert des Gutachtens nicht, dass Dr. med. H._____ sich zur „Wahrscheinlichkeit der Verschlimmerung der depressiven Episode“ (Beschwerde, S. 5) nicht äusserte. Abgesehen davon, dass eine solche Aussage wohl kaum in beweiswertiger Form möglich wäre und unter Berücksichtigung des aktenkundigen Verlaufs spätestens seit Mai 2012 (Begutachtung durch die Dres. med. F._____ und G._____) mangels anderweitiger Hinweise in den Akten von einem gleichbleibenden Gesundheitszustand ausgegangen werden kann, ist entscheidend, dass der Gutachter mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung, unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden, die Befunde erhoben und gestützt darauf die Diagnose(n) gestellt und mithin den Gesundheitszustand in einer für die Beurteilung des geltend gemachten Anspruchs hinreichenden Weise eingeschätzt hat (vgl. zur Aufgabe des Arztes oder Gutachters BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f.). Die von Dr. med. H._____ vorgenommene Beurteilung steht alsdann im Einklang mit den übrigen Akten, namentlich mit derjenigen im Gutachten der Dres. med. F._____ und G._____, worin ebenfalls – bei weitgehend übereinstimmenden Befunden – im Wesentlichen eine Dysthymie diagnostiziert wurde (act. II 175.1 S. 22). Aspekte, welche Zweifel an den

Ergebnissen im Gutachten von Dr. med. H._____ aufkommen lassen, sind demgegenüber nicht ersichtlich: Namentlich zeigt der vom Beschwerdeführer ins Recht gelegte Bericht von med. prakt. J._____ vom 12. Juni 2014 (act. II 214 S. 2 ff.) keine Gesichtspunkte auf, welche im Gutachten von Dr. med. H._____ unberücksichtigt geblieben wären, zumal dieser Bericht sich zu den gutachterlichen Ausführungen (oder jenen der Dres. med. F._____ und G._____) gar nicht äussert. Soweit med. prakt. J._____ eine Arbeitsunfähigkeit von pauschal 100% postuliert, basiert diese Einschätzung massgeblich auf den subjektiven Beschwerdeangaben, wobei zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Im Übrigen mag es zwar zutreffen, dass Schmerzen an sich kaum (restlos) objektivierbar sind: Indessen erheischt eine Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung stets eine Plausibilisierung der geltend gemachten funktionellen Einschränkungen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. Juni 2014, 9C_701/2013 [zur Publikation vorgesehen], E. 3.3.2), woran es im nämlichen Bericht fehlt.

Ferner ist auch nicht von Belang, dass Dr. med. H._____ keine Schmerzquantifizierung nach Massgabe des Oswestry Scores vorgenommen hat, handelt es sich doch dabei gemäss med. prakt. J._____ (act. II 214 S. 4) um eine gestützt auf die Angaben des Patienten vorgenommene (subjektive) Bewertung, welcher in versicherungsmedizinischer Hinsicht keine massgebliche Bedeutung zukommt; vielmehr ist hier die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese entscheidend, weshalb von der beantragten Erhebung des Oswestry Scores abzusehen ist. Schliesslich trifft es nicht zu, dass Dr. med. H._____ die Schmerzproblematik zu wenig untersucht habe, hat er derselben doch mit der Diagnose einer Somatisierungsstörung durchaus Beachtung geschenkt. Dass die Beschwerdegegnerin dabei auf eine (neuerliche) interdisziplinäre Begutachtung verzichtete, ist nicht zu beanstanden, nachdem – wie bereits dargelegt (vgl. E. 3.5.1 vorne) – im Lichte des Gutachtens der Dres. med. F._____ und G._____ sowie dem Untersuchungsbericht von Dr. med. E._____ (act. II 151) ausser den Fusschmerzen rechts keine organisch begründbaren Beschwerden

vorliegen, weshalb der medizinische Sachverhalt nur mehr psychiatrisch abzuklären war. Ist die Expertise demnach inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig, ist entgegen dem Beschwerdeführer rechtsprechungsgemäss auch nicht entscheidend, dass die Begutachtung mit Untersuchungen an zwei verschiedenen Terminen (act. II 197.1 S. 2) insgesamt 95 Minuten gedauert hat, spielt die Untersuchungsdauer für den Beweiswert des Gutachtens für sich genommen doch keine Rolle (vgl. Entscheid des BGer vom 25. Juli 2013, 9C_352/2013, E. 4).

Somit erweist sich der Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt. Hieran ändert auch nichts, dass die Beschwerdegegnerin auf die Einholung eines Berichtes des gemäss Angaben des Beschwerdeführers behandelnden Psychiaters (act. II 197.1 S. 11) verzichtete, nachdem der medizinische Sachverhalt mittels zweier Gutachten und einem Untersuchungsbericht des RAD hinreichend erstellt ist, die erwähnten Berichte in Bezug auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes weitgehend übereinstimmen und folglich der Einbezug weiterer Berichte unter den gegebenen Umständen keine sachdienlichen Erkenntnisse mehr zu erbringen vermöchte.

3.6 Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. H._____ sowie dasjenige der Dres. med. F._____ und G._____ ist eine Besserung des psychischen Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 24. Mai 2010 überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen: Während die Grundstimmung anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. D._____ gedrückt-depressiv bzw. leidend-depressiv, freud- und ratlos sowie pessimistisch-resigniert war (act. IIA 98 S. 11; 13), verzeichnete Dr. med. G._____ eine nur mehr insgesamt verhaltene, leicht depressive und zeitweilig auch klagsame Grundstimmung (act. II 175.1 S. 14); der Antrieb war – im Gegensatz zur Begutachtung bei Dr. med. D._____ – nicht mehr vermindert. Ebenso wenig stellte Dr. med. H._____ eine grundsätzlich depressiv-gedrückte Grundstimmung fest. Ferner konnte die Aufmerksamkeit in der Begutachtung bei Dr. med. D._____ nicht aufrecht erhalten werden (act. IIA 98 S. 10), während dem Dr. med. G._____ eine nur „äusserst diskret fluktuierende Aufmerksamkeit“ (act. II 175.1 S. 12) und Dr. med. H._____ diesbezüglich keine Besonderheiten (act. II 197.1 S. 12) mehr feststellen konnten. Diese von

den Fachärzten getroffenen Feststellungen decken sich schliesslich mit den von Dr. med. E. _____ anlässlich der Untersuchung vom 17. August 2012 gemachten Beobachtungen (act. II 151 S. 9).

Aufgrund der Befundung stellten die Dres. med. G. _____, F. _____ und H. _____ übereinstimmend die Diagnose einer Dysthymie, welche durch Dr. med. D. _____ zwar differentialdiagnostisch ebenfalls in Erwägung gezogen, indessen ausdrücklich verworfen worden war (act. IIA 98 S. 14). Für eine (deutliche) Verbesserung des Gesundheitszustandes spricht alsdann auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer gemäss dem von Dr. med. H. _____ erstellten Medikamenten-Screening weder Antidepressiva noch Schmerzmittel (in genügender Form) einnimmt (vgl. Entscheid des BGer vom 2. Dezember 2010, 9C_719/2010, E. 2.2.2). Auch Dr. med. E. _____ wies auf einen „negativen Blutspiegel für Opiate“ hin (act. II 151 S. 9). Dass im Zeitraum zwischen den Begutachtungen durch die Dres. med. G. _____ und F. _____ einerseits sowie H. _____ andererseits eine (auch nur vorübergehende) wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten wäre, wird weder geltend gemacht noch ist dergleichen ersichtlich.

Ist demnach ein Revisionsgrund im Sinne einer Änderung des psychischen Gesundheitszustandes gegeben, so ist der Rentenanspruch umfassend zu prüfen (vgl. E. 2.4.3 vorne).

3.7 Gestützt auf die medizinischen Unterlagen sind die psychischen Beschwerden im vorliegend massgeblichen Zeitraum (vgl. E. 3.1 vorne) diagnostisch einer Dysthymie sowie einer Schmerzproblematik im Sinne einer Somatisierungsstörung zuzuschreiben, wohingegen zum Zeitpunkt der Verfügung vom 24. Mai 2010 die Befunde noch einer mittelgradigen depressiven Episode (mit somatischem Syndrom) entsprachen (act. IIA 98 S. 11). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, Dr. med. H. _____ habe „eigentlich drei Diagnosen“ gestellt, in der angefochtenen Verfügung sei aber nur die Dysthymie aufgegriffen worden, übersieht er, dass der Gutachter eine rezidivierende depressive Störung (derzeit leichtgradig) lediglich differentialdiagnostisch – mithin als möglich – in Erwägung zog. Im Übrigen wäre auch unter Zugrundelegung der nämlichen Differentialdiagnose im Vergleich zur von Dr. med. D. _____ noch

diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erstellt.

3.8

3.8.1 Nach dem Dargelegten ergibt sich somit, dass der Beschwerdeführer Beschwerden geltend macht, welche – von den Fussbeschwerden abgesehen – mangels eines (hinreichend nachweisbaren) organischen Korrelats den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern im Sinne einer Somatisierungsstörung in Verbund mit einer Dysthymie zuzuordnen sind. Gleiches gälte, wenn die Beschwerden (teilweise) noch als Folge der im ... erlittenen HWS-Distorsion zu betrachten wären (BGE 137 V 64 E. 4.2 S. 68). Mithin beurteilt sich die Frage, ob eine Invalidität im Sinne von Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG vorliegt, nach Massgabe von BGE 130 V 352 (vgl. E. 2.2 vorne).

Bei der Beurteilung, ob die Kriterien für die Überwindbarkeit der geltend gemachten Beschwerden erfüllt sind resp. ob eine allfällige Komorbidität den Schluss auf eine nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung gestattet, handelt es sich um eine Konkretisierung des Begriffs der Invalidität gemäss Art. 8 ATSG und somit um eine Rechtsfrage (vgl. BGE 132 V 393 E. 3.2 S. 398; Entscheid des BGer vom 18. Dezember 2007, I 997/06, E. 2.2). Soweit deshalb in Arztberichten oder Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, darf hieraus – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 6) – nicht unbesehen auf das Bestehen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens geschlossen werden.

3.8.2 Aus den vorliegenden Gutachten ergeben sich keine Hinweise auf eine Komorbidität im hiavor dargelegten Rechtssinne: So kommt eine Dysthymie, welche nicht zusammen mit anderen Befunden wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt, nach der Rechtsprechung nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich; sie ist allein somit regelmässig nicht invalidisierend (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 45 E. 2.2.2), gleichviel, ob sie isoliert oder in Verbund mit einer Schmerzstörung auftritt (vgl. Entscheid des BGer vom 6. Dezember 2012, 8C_303/2012, E. 5.4).

Hiervon abzurücken besteht in Anbetracht der medizinischen Situation kein Anlass.

Auch eine Prüfung der weiteren von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien zur Annahme einer invalidisierenden Schmerzstörung (vgl. E. 2.2 vorne) lässt den Schluss auf ein invalidisierendes Krankheitsbild nicht zu: Zwar liegt mit der Fussdeformität rechts eine chronische körperliche Begleiterkrankung vor. Diese weist jedoch keine die Schmerzüberwindung verunmöglichende Schwere auf, kann der Beschwerdeführer doch trotzdem Gehen und ist die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt (act. II 151 S. 8 f.), weshalb die körperliche Begleiterkrankung in rechtlicher Hinsicht nicht massgeblich ist (vgl. auch Entscheid des BGer vom 26. Juni 2014, 8C_104/2014, E. 3.3.4).

Ferner besteht kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, pflegt der Beschwerdeführer doch eine gute Beziehung mit der Familie (act. II 197.1 S. 6 f.; 10; vgl. Entscheid des BGer vom 21. März 2011, 9C_936/2011, E. 4.2.2.1).

Im Weiteren ist das Kriterium einer gescheiterten konsequent durchgeführten (ambulanten oder stationären) Therapie nicht erfüllt, wurde doch – soweit ersichtlich – eine stationäre Therapie bis anhin nicht durchgeführt. Zu verneinen ist auch ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung: Abgesehen davon, dass hinsichtlich der Somatisierungsstörung ein solcher Verlauf diagnosespezifisch und damit rechtlich nicht ausschlaggebend ist (vgl. Entscheid des BGer vom 30. November 2007, I 937/06, E. 4.3), ist in Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführer die angegebenen Medikamente gar nicht oder nicht regelmässig einnimmt (act. II 197.1 S. 15), von einer Rückbildung der Schmerzen auszugehen. Damit kann offen bleiben, ob mit Dr. med. H. _____ auch ein primärer Krankheitsgewinn zu verneinen ist: Jedenfalls läge auch dieses Kriterium nicht in besonderer Ausprägung vor.

Die Kriterien liegen damit weder in hinreichender Anzahl noch Ausprägung vor, um eine Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung zu bejahen. Damit

liegt mit Bezug auf die psychischen Beschwerden kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Rechtssinne mehr vor.

4.

4.1

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen.

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

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

beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.2 Für die Bemessung des Invaliditätsgrades sind grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (22. Mai 2014) massgebend. Mangels verfügbarer definitiver statistischer Zahlen für das Jahr 2014 sind nachstehend Validen- und Invalideneinkommen indes nach Massgabe der im Jahr 2013 gültigen Werte zu berechnen.

4.2.1 Hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens ist von der früheren Tätigkeit als (ungelernter) ... auszugehen (act. IIA 1 S. 4; 8 S. 2), zumal die Aktenlage nicht den Schluss auf eine überwiegend wahrscheinlich anderweitige berufliche Entwicklung nahe legt.

Gemäss Angaben des letzten Arbeitgebers hätte der Beschwerdeführer 2006 ein monatliches Gehalt von Fr. 4'986.-- erzielt (act. II 14 S. 2), was unter Berücksichtigung eines 13. Monatslohnes (vgl. act. II 19 S. 42) ein Jahresgehalt von Fr. 64'818.-- ergibt. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung resultiert per 2013 somit ein Jahreseinkommen von Fr. 70'613.35 (Fr. 64'818.-- / 115.2 x 125.5 [vgl. Bundesamt für Statistik, BFS, Nominallohnindex 1993-2010, Nominallohnindex 2011 – 2013, T1.93, Position F]).

Würde in Anbetracht des Umstands, dass die Tätigkeit beim letzten Arbeitgeber über acht Jahre zurückliegt, das Valideneinkommen gestützt auf Tabelle TA1 der LSE 2010, Ziffer 41-43, Anforderungsniveau 4, Männer, ermittelt, resultierte ein auf das Jahr 2013 aufindexiertes, bei einem Pensum von 100% erzieltes, hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 68'118.90 (Fr. 5'310.-- x 12 Monate / 40 x 41.8 Wochenstunden [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Position 41-42] / 100 x 102.3 [BFS, Nominallohnindex, Männer 2011-2013, T1.1.10, Position F]).

4.2.2 Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgeht, weshalb ebenfalls auf statistische Werte abzustellen ist (vgl. E. 4.1.2 vorne).

Hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils ist ihm eine Arbeit in Wechselbelastung mit Stehen und Gehen bis maximal eine halbe Stunde am Stück, ohne hohe Belastungen mit Gewicht (ca. bis 10kg) und mit mehr als 50% Sitzen, nicht zu fein und intellektuell nicht zu anspruchsvoll sowie ohne zeitliche Einschränkung, zumutbar (vgl. act. II 151 S. 9). Praxisgemäss ist somit auf Tabelle TA1 der LSE 2010, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Arbeiten), Totalwert, Männer, abzustellen.

Der von der Beschwerdegegnerin unter dem Titel „leidensbedingte Einschränkung“ vorgenommene Abzug von 10% erweist sich als angemessen. Für einen höheren Abzug besteht kein Anlass, führt doch die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, nicht automatisch zu einer weiteren Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Entscheid des BGer vom 4. Oktober 2013, 9C_455/2013, E. 4.4). Zudem sind die übrigen, praxisgemäss zu berücksichtigenden Kriterien (vgl. E. 4.1.2 vorne) nicht erfüllt.

Demnach beträgt das jährliche, auf das Jahr 2013 aufindexierte Invalideneinkommen unter Berücksichtigung eines behinderungsbedingten Abzugs von 10% Fr. 56'559.85 (Fr. 4'901.-- x 12 Monate / 40 x 41.7 Wochenstunden [vgl. BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Abschnitt Total] / 100 x 102.5 [BFS, Nominallohnindex nach Geschlecht, T1.1.10, Rubrik Total, Männer] x 0.9).

4.2.3 Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 14'053.50 bzw. – unter Zugrundelegung von Tabellenlöhnen beim Valideneinkommen – von Fr. 11'559.05 und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 20% respektive 17% (Fr. 14'053.50 / Fr. 70'613.35 x 100 bzw. Fr. 11'559.05 / Fr. 68'118.90 x 100 [zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123]), was keinen Anspruch auf eine

Invalidenrente ergibt (vgl. E. 2.3 vorne). An diesem Ergebnis änderte auch nichts, wenn der Tabellenlohn – entsprechend der sinngemässen Argumentation in der Beschwerde (vgl. S. 8) – um den maximal zulässigen leidensbedingten Abzug von 25% reduziert würde, resultierte doch diesfalls ein (ebenfalls rentenausschliessender) Invaliditätsgrad von 33% bzw. 31%.

4.3 Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 22. Mai 2014 als rechtens. Die Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1

5.1.1 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).

5.1.2 Eine Person ist bedürftig, wenn sie nicht in der Lage ist, für die Prozesskosten aufzukommen, ohne dass sie Mittel beanspruchen müsste, die zur Deckung des Grundbedarfs für sie und ihre Familie notwendig sind (BGE 128 I 225 E. 2.5.1 S. 232). Massgebend sind die wirtschaftlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der Gesuchseinreichung (BGE 122 I 5 E. 4a S. 6; SVR 2009 UV Nr. 12 S. 50 E. 4.1). Die Grenze für die Annahme von Bedürftigkeit im Sinne der Regeln über die unentgeltliche Verbeiständung liegt höher als diejenige des betriebsrechtlichen Existenzminimums (RKUV 2000 KV 119 S. 155 E. 2).

Personen, die Ergänzungsleistungen beziehen, sind nicht ohne weiteres bedürftig im Sinne von Art. 61 lit. f ATSG (SVR 2009 UV Nr. 12 S. 50 E. 4.2).

5.2

5.2.1 Der Beschwerdeführer und sein Bruder sind je zu $\frac{1}{2}$ Eigentümer der Liegenschaft am ... in ..., deren amtlicher Wert per 2013 Fr. 646'100.-- betrug (vgl. Auszug aus Grundstück-Informationen GRUDIS, besucht am 24. Oktober 2014 [Auszug in den Gerichtsakten]). Die Hypothek beläuft sich auf Fr. 400'000.-- und wird je hälftig durch den Beschwerdeführer und seinen Bruder getilgt (vgl. Gesuch um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege vom 23. Juni 2014, S. 4; Beilagendossier unentgeltliche Rechtspflege, Beilage 7). Mithin liegt der amtliche Wert deutlich bzw. um Fr. 246'100.-- über der Hypothekarschuld, welcher Betrag dem Beschwerdeführer zu $\frac{1}{2}$, ausmachend Fr. 123'050.--, als Vermögen anzurechnen ist und worauf der Beschwerdeführer über den Weg einer weiteren Belehnung greifen könnte.

5.2.2 Unter Anrechnung des erwähnten Vermögens ist der Beschwerdeführer ohne weiteres in der Lage, die Kosten des vorliegenden Verfahrens zu bezahlen. Die Bedürftigkeit ist deshalb zu verneinen, woran nichts ändert, dass der Beschwerdeführer Bezüger von Ergänzungsleistungen war (vgl. E. 5.1.2 vorne). Ob die weiteren Voraussetzungen (fehlende Aussichtslosigkeit, Notwendigkeit bzw. Gebotenheit der Verbeiständung) erfüllt sind, kann unter diesen Umständen offen bleiben. Das Gesuch um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege ist demnach abzuweisen.

5.3 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen.

5.4 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.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt wird abgewiesen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B._____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.