

200 17 404 IV
MAW/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. November 2017

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. März 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1958 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer meldete sich im März 2012 bei der Invalidenversicherung für eine berufliche Integration/Rente an (Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) nahm in der Folge in medizinischer und erwerblicher Hinsicht Abklärungen vor.

Mit Mitteilung vom 26. September 2012 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (AB 23), mit Mitteilung vom 25. Oktober 2012 Kostengutsprache für ein Aufbautraining durch die Abklärungsstelle B._____ für die Zeit vom 15. Oktober bis 23. Dezember 2012 (AB 29; siehe auch AB 30), mit Mitteilung vom 20. Dezember 2012 Kostengutsprache für ein Arbeitstraining bei der Abklärungsstelle B._____ vom 31. Dezember 2012 bis 24. März 2013 (AB 31) sowie mit Mitteilung vom 22. März 2013 Kostengutsprache für eine Verlängerung dieses Arbeitstrainings bis am 12. Mai 2013 (AB 46). Am 8. Mai 2013 erteilte sie ihm sodann Kostengutsprache für ein Arbeitstraining mit Coaching im C._____ für die Zeit vom 13. Mai bis 12. November 2013 (AB 49).

Mit Mail vom 17. Juni 2013 (AB 56) teilte der Versicherte der IV-Stelle mit, dass er die beruflichen Massnahmen nicht mehr weiterführen möchte, worauf die IV-Stelle diese per 23. Juni 2013 aufhob (AB 59).

Am 1. Oktober 2013 erteilte die IV-Stelle Dr. med. D._____, Fachärztin für Neurochirurgie, und Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, den Auftrag für eine interdisziplinäre Begutachtung des Versicherten. Die in der Folge erstellten Gutachten datieren vom 7. November 2013 (Gutachten D._____, AB 75.1 S. 2 ff.) und 20. Mai 2014 (Gutachten E._____, AB 83.1 S. 3 ff.), die Beurteilung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht vom 2. Juni 2014 (AB 86).

Vom 21. Juli bis 15. August 2014, vom 18. August bis 10. Oktober 2014 sowie vom 11. November 2014 bis 30. April 2015 nahm der Versicherte über das RAV an arbeitsmarktlichen Massnahmen teil (AB 89, 92, 97).

Mit Mitteilung vom 22. April 2015 erteilte die IV-Stelle dem Versicherten sodann Kostengutsprache für ein Arbeitstraining in der F. _____ für die Zeit vom 1. Mai bis 2. August 2015 (AB 95 und 108 ff.), mit Mitteilung vom 20. Juli 2015 Kostengutsprache für eine Verlängerung dieses Arbeitstrainings bis am 2. November 2015 (AB 106 und 112) sowie mit Mitteilung vom 28. Oktober 2015 Kostengutsprache für eine weitere Verlängerung dieses Arbeitstrainings bis am 2. Februar 2016 (AB 113). Zudem gewährte sie ihm mit Mitteilung vom 12. November 2015 Kostengutsprache für ein Jobcoaching vom 10. November 2015 bis 2. Februar 2016 (AB 117).

Per 16. Dezember 2015 wurde das Jobcoaching aufgrund der gesundheitlichen Situation des Versicherten vorübergehend abgebrochen (AB 121) und mit Mitteilung vom 28. April 2016 für die Zeit vom 1. Mai bis 31. Juli 2016 wiederum gewährt (AB 132 und 144). Mit Mitteilung vom 14. Juni 2016 sprach die IV-Stelle dem Versicherten zudem Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche zu (AB 137).

Am 29. Juli 2016 erteilte die IV-Stelle den Auftrag für eine erneute interdisziplinäre Begutachtung des Versicherten. Damit beauftragt wurden Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie (AB 140 f.; Gutachten vom 20. Oktober 2016 [G. _____; AB 145.1] und 21. Oktober 2016 [H. _____, AB 146.1]).

Mit Vorbescheid vom 21. Dezember 2016 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht. Mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens bestehe kein Anspruch auf IV-Leistungen (AB 148).

Hiergegen erhob der Versicherte am 17. Januar 2017 Einwand (AB 149). Am 17. Februar 2017 ging der Beschwerdegegnerin zudem ein Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Februar 2017 zu, in welchem dieser den vor-

gesehenen Entscheid für aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar erklärt (AB 153).

Mit Vorbescheid vom 6. Februar 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten den Abschluss der Arbeitsvermittlung in Aussicht (AB 152).

Am 13. März 2017 verfügte die IV-Stelle ihrem Vorbescheid vom 21. Dezember 2016 entsprechend die Abweisung des Leistungsbegehrens. Es bestehe kein Anspruch auf IV-Leistungen (AB 155).

Mit Verfügung vom 21. März 2017 schloss die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung ab (AB 156). Diese Verfügung ist unangefochten geblieben.

B.

Gegen die Verfügung vom 13. März 2017 erhob der Versicherte am 27. April 2017 (Datum der Postaufgabe) Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung sei aufzuheben, ihm seien berufliche Massnahmen zuzusprechen, ihm sei eine Rente zuzusprechen und er sei von den Verfahrenskosten zu befreien.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Mai 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen.

In seiner Replik vom 28. Juni 2017 (Datum der Postaufgabe) erneuert der Beschwerdeführer – unter Beilage einer Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. _____ zur Beschwerdeantwort (Beschwerdebeilage [BB] 4) – seinen Antrag auf eine Rente; berufliche Massnahmen werden nicht mehr beantragt.

Mit Duplik vom 25. Juli 2017 hält die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Angefochten ist die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 13. März 2017 (AB 155). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat (siehe Replik vom 28. Juni 2017).

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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. 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 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und 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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195).

2.4 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismündigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete

Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

2.5 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306 f.; 140 V 193 E. 3 S. 194 ff.). Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt,

die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 140 V 193; 130 V 352 E. 2.2.5 S. 355 f.). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303; 127 V 294 E. 5a S. 299 f.).

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

Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.7 Bei depressiven Störungen im mittelgradigen Bereich ist die invalidisierende Wirkung besonders sorgfältig zu prüfen. Es darf nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken. Bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, wird praxisgemäss angenommen, dass – aufgrund der nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung regelmässig guten Therapierbarkeit – hieraus keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176). Den leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen fehlt es, solange sie therapeutisch angehbar sind, an einem hinreichenden

Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen. Nur in der – seltenen, gesetzlich verlangten Konstellation mit Therapieresistenz – ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3 S. 295 f.). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (BGE 140 V 193 E. 3.3, 137 V 64 E. 5.2; vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3 S. 295 f.; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Mai 2017, 8C_753/2016, E. 4.3).

3.

3.1 Gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 20. Oktober 2016 (AB 145.1) leidet der Beschwerdeführer seit 2011 an einer rezidivierenden depressiven Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung (ICD-10: F33.9) sowie seit der Adoleszenz an einer Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10: Z73.1). Im Zuge von Konflikten mit seinem Vorgesetzten am Arbeitsplatz habe er im Jahr 2010 eine depressive Symptomatik entwickelt und sei in der Klinik J. _____ sowie 2012 in der psychiatrischen Klinik K. _____ hospitalisiert worden. Seither persistierten bei ihm depressive Symptome. Der Beschwerdeführer befinde sich seit 2011 in ambulanter psychiatrischer Behandlung, seit dem Jahr 2013 bei Dr. med. I. _____. Im Jahr 2012 seien zwei Aufenthalte im Kriseninterventionszentrum ... sowie ein Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik L. _____ erfolgt. Der Beschwerdeführer leide seit Jahren unter zweitweise bestehenden Schmerzen im rechten Bein beim Stehen. Im Jahr 2007 sei die Implantation einer Totalprothese ins Hüftgelenk links erfolgt. Am 9. Februar 2016 sei die Implantation einer Totalprothese ins Hüftgelenk rechts durchgeführt worden. Beim Beschwerdeführer lasse sich im Untersuchungszeitpunkt ein mittelgradig depressives Zustandsbild feststellen. Hauptsymptome seien

eine deprimierte Stimmung, Konzentrationsdefizite, Gedächtnisdefizite, eine circadiane Rhythmik, ein Morgentief, eine Ratlosigkeit, eine sozialer Rückzug, eine innere Unruhe, ein eingeeengtes und verlangsamtes formales Denken, eine eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit, anamnestiche Schlafstörungen und eine Reduktion des Antriebs. Bereits im Jahr 2012 seien im Arztbericht von Dr. med. M. _____ beim Beschwerdeführer depressive Symptome seit Januar 2011 beschrieben worden, so dass davon ausgegangen werden könne, dass die depressiven Beschwerden im Jahr 2011 ein Ausmass angenommen hätten, das eine eigene Diagnose rechtfertigte. Da die depressiven Symptome seit dem Jahr 2011 kontinuierlich beständen, ohne dass es zu einer klaren und eindeutigen Remission gekommen wäre, sei beim Beschwerdeführer diagnostisch von einer rezidivierenden depressiven Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolaren Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10: F33.9), bestehend seit 2011, auszugehen. Er könne somit die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Symptomatik, wie sie Dr. med. I. _____ und Dr. med. E. _____ festgestellt hätten, nach wie vor bestätigen, gehe jedoch angesichts des zeitlichen Verlaufs von einer atypischen monopolaren Depression aus (AB 145.1 S. 28 ff.). Der zu tiefe Blutspiegel von Bupropion erstaune angesichts des Zeitpunkts der Blutentnahme um 9 Uhr morgens sowie der vom Beschwerdeführer angegebenen regelmässigen morgendlichen Einnahme von 300mg des Retard-Präparats pro Tag doch sehr und könne eventuell auf eine unregelmässige Einnahme hinweisen. Die gemessenen Blutspiegelwerte von Trazodon und Lithium liessen sich mit den verordneten Dosierungen und dem Zeitpunkt der Blutentnahme erklären. Es sei festzustellen, dass sich die vom Beschwerdeführer beschriebenen zeitweisen Schmerzen in diversen Körperbereichen aus somatischer Sicht nicht vollständig erklären liessen. Interessanterweise habe der Beschwerdeführer zum Untersuchungszeitpunkt keinerlei Schmerzen angegeben. Aus psychiatrischer Sicht sei als Erklärung für die vom Beschwerdeführer zeitweise erlebten Schmerzen differentialdiagnostisch an eine somatoforme Schmerzstörung, eine Symptomausweitung, Schmerzen in Rahmen anderer psychischer Erkrankungen oder eine Simulation seitens des Beschwerdeführers zu denken. Er bewerte die zeitweise Schmerzsymptomatik im Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik, dies vor allem im Rahmen einer dysfunktional verstärkten

Schmerzperzeption. Schmerzsyndrome im Rahmen einer Depression seien zwar nicht das häufigste körperliche oder konkrete psychosomatische Phänomen, dafür aber oft das intensivste und oft auch auf die falsche Fährte führende. Im Rahmen einer depressiven Störung könne sich häufig eine psychosomatisch interpretierbare Schmerzsymptomatik entwickeln. Zudem führe eine Depression häufig zu einer veränderten und in diesem Fall dysfunktional verstärkten Schmerzwahrnehmung. Das bedeute, dass depressive Menschen Schmerzen anders wahrnehmen, als gesunde Menschen, was sich in einer gesteigerten Schmerzperzeption und dysfunktional veränderten Schmerzverarbeitung zeige. Klare Anhaltspunkte für eine somatoforme Schmerzstörung, für eine Symptomausweitung oder eine Simulation seitens des Beschwerdeführers bestünden nicht (AB 145.1 S. 30). Der Beschwerdeführer sei ein Mensch, der unter einem eher labilen Selbstwertgefühl leide. Er verlange sehr deutlich nach Anerkennung durch andere Menschen. Auf Kritik könne er gekränkt reagieren. Der Drang des Beschwerdeführers nach Perfektion sei letztlich vor allem ein Zeichen einer tiefen Unsicherheit und einer Suche nach Selbstverwirklichung, Liebe und Selbstfindung. Der innere Antrieb für eine hohe Leistungsbereitschaft und für den Perfektionismus des Beschwerdeführers entspringe eher einer mangelnden Fähigkeit, sich selbst zu lieben, und weniger dem Glauben an eine beziehungsweise dem Einsatz für eine Sache. Perfektionismus werde als Mittel eingesetzt, um andere vom eigenen Wert zu überzeugen. Darin zeigten sich narzisstische Persönlichkeitsanteile. Das soziale und berufliche Funktionsniveau des Beschwerdeführers sei in der Vergangenheit jedoch zu hoch gewesen, als dass sich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigen liesse. Zusammenfassend sei deswegen diagnostisch von einer Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10: Z73.1), bestehend seit der Adoleszenz, auszugehen. Dieser Diagnose komme per se kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu. Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsanteilen wiesen oft zwei Selbstkonzepte auf. Das negative Selbstkonzept stamme meist aus der Kindheit und führe dazu, dass Betroffene sich als unfähig und nicht lebenswert erlebten. Daneben entstehe ein positives Selbstkonzept, das vor allem durch das kompensatorische Leistungsverhalten zustande gekommen sei. Dieses Konzept könne positiv bis stark übertrieben sein. Für ihn als Gutachter bestehe der Eindruck, als ob der Beschwerdeführer auf

Grund einer deutlichen Leistungseinschränkung verbunden mit einer dadurch bedingten reduzierten Anerkennung und Wertschätzung durch andere Menschen von einem positiven in ein negatives Selbstkonzept gefallen sei und sich zunehmend als hilflos und inkompetent erlebe. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Ereignisse am letzten Arbeitsplatz verbunden mit Konflikten mit dem Arbeitgeber hätten beim Beschwerdeführer zu nachhaltigen Kränkungen geführt und dieser habe mit der Entwicklung einer depressiven Symptomatik reagiert, weil er im Rahmen seiner narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung zu wenige Coping-Strategien gehabt habe, um mit dieser Situation funktional umgehen zu können. Klinisch und anamnestisch bestünden keine Anhaltspunkte für eine Angststörung, für eine posttraumatische Belastungsstörung, für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, für eine Suchterkrankung, für eine Intelligenzminderung, für eine Anpassungsstörung oder für eine Zwangsstörung (AB 145.1 S. 30 ff.).

Dr. med. G._____ kam in der Folge in Gesamtwürdigung der Diagnosen sowie der Defizite und Ressourcen des Beschwerdeführers zur Überzeugung, dass dieser trotz des depressiven Zustandsbildes medizinisch-theoretisch in einem eingeschränkten Pensum eine berufliche Tätigkeit ausüben könne. Zum momentanen Zeitpunkt stehe die adäquate Behandlung der rezidivierenden depressiven Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, im Vordergrund. Er empfehle die Weiterführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung mit psychopharmakologischen und psychotherapeutisch ausgerichteten Therapiestrategien. Die medikamentöse antidepressive Therapie sei weiterzuführen und es seien regelmässige Blutspiegelkontrollen der verordneten Psychopharmaka durchzuführen. Der Beschwerdeführer müsse lernen, seine dysfunktionalen Überzeugungs- und Verhaltensmuster zu überwinden und zu neuen Erfahrungen zu kommen. Er empfehle aus psychiatrischer Sicht die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit. Dies habe therapeutische Effekte. Der Beschwerdeführer mache die Erfahrung einer sinnstiftenden Tätigkeit und erhalte eine Tagesstruktur. Menschen, die keiner Arbeit nachgingen, bekämen kaum Anerkennung und Wertschätzung, was schliesslich ein Gefühl des Nichtmehrgebrauchtwerdens verstärken würde. Bei Durchführung der für den Be-

schwerdeführer zumutbaren therapeutischen Massnahmen könne mit einer mittleren Wahrscheinlichkeit mit einer Steigerung seiner Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Insgesamt bestehe beim Beschwerdeführer aktuell aus rein psychiatrischer Sicht durch die rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40% (AB 145.1 S. 32 f.).

3.2 Gemäss dem Gutachten von Dr. med. H. _____ vom 21. Oktober 2016 (AB 146.1) leidet der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht mit langandauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einem rezidivierenden lumbospondylogenen Syndrom mit intermittierenden Schmerzen im Bereich der Rückseite des rechten Beins. Seit dem neurochirurgischen Gutachten vom 7. November 2013 (AB 75.1) habe sich der somatische Gesundheitszustand verbessert, nachdem am 9. Februar 2016 die Implantation einer Totalprothese ins rechte Hüftgelenk durchgeführt worden sei. Im Anschluss an diesen Eingriff sei der Beschwerdeführer, gemäss seinen Angaben, bezüglich der rechten Hüfte schmerzfrei geworden. Die vom Beschwerdeführer anlässlich Begutachtung geschilderten Beschwerden seien belastungsabhängig, wobei sich der Versicherte zumeist als schmerzfrei einstufte (AB 146.1 S. 7). Insgesamt beurteile er die geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar (AB 146.1 S. 11). Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch- rheumatologischer Sicht beurteilt, zunächst in demjenigen Ausmass eingeschränkt gewesen, wie sie im neurochirurgischen Gutachten vom 7. November 2013 beschrieben worden sei (zumutbar waren noch körperlich leichte und zeitweise körperlich mittelschwere, konsequent wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche bei dabei bestehender 20% bis maximal 30% verminderter Leistungsfähigkeit; ausgeschlossen waren körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittelschwere Tätigkeiten, die LWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der LWS [insbesondere vornübergeneigte Tätigkeiten], Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS, Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan; Das Heben,

Tragen und Bewegen von Lasten war mit 10kg limitiert; siehe AB 75.1 S. 21). Im Anschluss an die am 9. Februar 2016 durchgeführte Implantation einer Totalprothese ins rechte Hüftgelenk sei zunächst eine vollständige Arbeitsunfähigkeit während der folgenden maximal drei Monate der postoperativen Rehabilitationsphase eingetreten. Seit Anfang Mai 2016 könne für leicht- und phasenweise maximal mittelgradig körperlich belastende Arbeit, wie sie der Beschwerdeführer zuletzt langdauernd in der ... im ... ausgeübt habe, keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr begründet werden. Mehr als mittelgradig körperlich belastende Arbeiten oder berufliche Tätigkeiten, die ausschliesslich im Stehen auszuüben seien, seien weiterhin nicht mehr zumutbar (AB 146.1 S. 12).

3.3 Die Gutachter kamen in der Folge zur gemeinsamen Beurteilung, interdisziplinär betrachtet könne für leicht- und phasenweise maximal mittelgradig körperlich belastende Arbeit, wie sie der Beschwerdeführer zuletzt langdauernd in der ... im ... ausgeübt habe und wie sie einer angepassten Verweistätigkeit entspreche, zunächst auf die Begutachtungen von 2013 und 2014 abgestellt werden (gemäss der damaligen interdisziplinären Beurteilung war dem Beschwerdeführer eine solche Tätigkeit noch in einem zeitlichen Rahmen von 5.1 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche ohne dabei bestehende verminderte Leistungsfähigkeit [und somit zu ca. 60%] möglich und zumutbar; siehe AB 86 S. 3 f.). Im Anschluss an die am 9. Februar 2016 durchgeführte Implantation einer Totalprothese ins rechte Hüftgelenk sei zunächst eine vollständige Arbeitsunfähigkeit während der folgenden maximal drei Monate der postoperativen Rehabilitationsphase resultiert. Seit Mai 2016 könne vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht, wonach durch die rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40% bestehe, abgestützt werden. Mehr als mittelgradig körperlich belastende Arbeiten oder berufliche Tätigkeiten, die ausschliesslich im Stehen auszuüben seien, seien somatischerseits weiterhin nicht mehr zumutbar (AB145.1 S. 33 f.).

4.

4.1 Der medizinische Sachverhalt erweist sich vorliegend als rechtsgenüglich abgeklärt. Die Gutachten der Dres. med. G._____ und H._____ inkl. deren interdisziplinäre Beurteilung erfüllen sämtliche der in Erwägung 2.4 hiervor genannten, von der Rechtsprechung an medizinische Expertisen gestellten Anforderungen. Sie sind im Hinblick auf die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und sind in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die getätigten Schlussfolgerungen sind begründet. Sie erbringen damit grundsätzlich vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Aspekte, die von den Gutachtern unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sind keine ersichtlich.

4.2 Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. H._____ vom 21. Oktober 2016 ist in Übereinstimmung mit den übrigen medizinischen Akten erstellt und denn auch nicht bestritten, dass der Beschwerdeführer aus somatischen Gründen nie langandauernd zu mehr als 20 bis maximal 30% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war und dass er für leicht- und phasenweise maximal mittelgradig körperlich belastende Arbeit seit Anfang Mai 2016 aus somatischen Gründen überhaupt nicht mehr in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (AB 146.1 S. 12; siehe auch AB 75.1 S. 21 sowie E. 3.2 hiervor).

4.3 In psychiatrischer Hinsicht ist gestützt auf das Gutachten von Dr. med. G._____ vom 20. Oktober 2016 (AB 145.1) erstellt, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2011 an einer mittelgradigen depressiven Symptomatik leidet (AB 145.1 S. 29) und dass bei ihm narzisstische Persönlichkeitsanteile vorliegen (AB 145.1 S. 31). Dies ist wiederum unbestritten und deckt sich mit den Vorakten (vgl. AB 35, AB 83.1 S. 14, AB 94 S. 1, AB 111 S. 2, AB 119 S. 1, AB 131 S. 1). Hinsichtlich der narzisstischen Persönlichkeitsanteile hielt Dr. med. G._____ diagnostisch fest, dass dabei von einer Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10: Z73.1), bestehend seit der Adoleszenz, auszugehen sei, da das soziale und berufliche Funktionsniveau des Beschwerdeführers in der Vergangenheit zu hoch gewesen sei, als dass sich die Diagnose einer Persön-

lichkeitsstörung rechtfertigen liesse (AB 145.1 S. 31). Diese Beurteilung deckt sich mit dem psychiatrischen Vorgutachten von Dr. med. E. _____ (vgl. AB 83.1 S. 16) wie auch mit den älteren Berichten der behandelnden Ärzte (vgl. AB 7 S. 2, AB 35 S. 1, AB 94 S. 1, AB 111 S. 2) und überzeugt. Dass der aktuell behandelnde Psychiater Dr. med. I. _____ seit dem 23. November 2015 abweichend von seinen eigenen früheren Beurteilungen (letztmals bestätigt mit Verlaufsbericht vom 9. September 2015 [AB 111]) wie auch den Beurteilungen sämtlicher übriger mit dem Beschwerdeführer befasster Ärzte und Gutachter diesem nicht mehr eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen Zügen (ICD-10: Z73.1), sondern neu eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.80) attestiert, vermag die mit den übrigen medizinischen Akten übereinstimmenden gutachterlichen Beurteilungen nicht in Frage zu stellen. Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. G. _____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, finden sich in den betreffenden, neu eine Persönlichkeitsstörung attestierenden Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. _____ nicht (siehe AB 119, 131, 153 sowie BB 4). Seine anderslautende Einschätzung beruht vielmehr auf einer abweichenden subjektiven ärztlichen Interpretation des vom Gutachter Dr. med. G. _____ bereits vollumfänglich berücksichtigten medizinischen Sachverhalts, was nicht genügt, um die gutachterliche Beurteilung in Zweifel zu ziehen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen (vgl. E. 2.4 hier vor). Umso weniger, als das Gericht auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass behandelnde Ärzte in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheid des EVG vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Nach dem Dargelegten ist vorliegend nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass beim Beschwerdeführer neben seiner mittelgradigen depressiven Symptomatik keine eigentliche Persönlichkeitsstörung im Sinne von ICD-10 F60.80, sondern lediglich eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen im Sinne von ICD-10 Z73.1 vorliegt. Eine solche entspricht aber keiner Erkrankung im Sinne der anerkannten internationalen Klassifikationssysteme. Bei den Z-Kodierungen handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00 – Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen

Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00 – Y89 klassifizierbar sind. Sie fallen als solche nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung. Die beim Beschwerdeführer diagnostizierte Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen Zügen (ICD-10: Z73.1) stellt als Z-codierte Diagnose nach dem Dargelegten keine rechtserhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (siehe SVR 2012 IV Nr. 52 S. 188 E. 3.1 und 3.3). Zu prüfen bleibt, ob aus der beim Beschwerdeführer unstrittig bestehenden mittelgradigen depressiven Symptomatik eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert und damit, ob diesbezüglich eine Therapieresistenz ausgewiesen ist (vgl. E. 2.7 hiervor).

4.4 Die Akten lassen vorliegend nicht auf eine Therapieresistenz der mittelgradigen depressiven Symptomatik schliessen, auch wenn diese bereits seit Jahren andauert. Gemäss Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 20. Oktober 2016 (AB 145.1) kann bei Durchführung der dem Beschwerdeführer zumutbaren therapeutischen Massnahmen mit einer mittleren Wahrscheinlichkeit mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (AB 145.1 S. 33). Auch der behandelnde Psychiater Dr. med. I. _____ geht nicht von einer Therapieresistenz aus (vgl. AB 131 S. 2 Ziff. 9 i.V.m. AB 119 S. 2 Ziff. 9 sowie AB 111 S. 2 f. Ziff. 9). Der Beschwerdeführer hat denn auch während den arbeitsmarktlichen und beruflichen Massnahmen verschiedentlich Arbeitsleistungen erzielt, die erheblich über der von den Ärzten medizinisch-theoretisch aufgrund der mittelgradigen depressiven Symptomatik attestierten Arbeitsfähigkeit lagen (vgl. AB 30, AB 57 S. 2, AB 92 S. 5, AB 97). Dabei ist insbesondere auch auf den Schlussbericht der Abklärungsstelle N. _____ für berufliche Integration vom 4. August 2016 hinzuweisen, wonach der Beschwerdeführer in einem passenden Umfeld „eine absolut marktkonforme Arbeitsleistung erbringen“ kann. In der Folge erachteten die Fachleute der Abklärungsstelle N. _____ den Beschwerdeführer als absolut vermittelbar. Es drängten sich keine weiteren Integrationsmassnahmen mehr auf (AB 144 S. 2). In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass gemäss dem Gutachten von Dr. med. G. _____ der Beschwerdeführer die Medikamente gegen seine Depression wohl nur ungenügend einnimmt (AB 145.1 S. 24 und

30). Bereits der Gutachter Dr. med. E. _____ kam in seinem Gutachten vom 20. Mai 2014 zum Schluss, dass bezüglich Einnahme der verordneten antidepressiven Medikamente eine mangelhafte Compliance vorliegen dürfte, die mit einer ungenügenden therapeutischen Wirksamkeit verbunden sei (AB 83.1 S. 18 und 21) und dass der Beschwerdeführer seine Leistungsfähigkeit mit konsequenter antidepressiver Medikation verbessern könnte (AB 83.1 S. 23). Unter diesen Umständen kann nicht von einer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellten invalidenversicherungsrechtlich relevanten Therapieresistenz gesprochen werden. Mangels Therapieresistenz stellt die mittelgradige depressive Symptomatik beim Beschwerdeführer keinen invalidenversicherungsrechtlich massgebenden Gesundheitsschaden dar, ungeachtet der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 2.7 hiervor).

4.5 Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass beim Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht kein invalidenversicherungsrechtlich massgebender Gesundheitsschaden vorliegt und dass er aus somatischen Gründen nie langandauernd zu mehr als 20 bis maximal 30% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war. Für leicht- und phasenweise maximal mittelgradig körperlich belastende Arbeit ist er seit Anfang Mai 2016 aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht überhaupt nicht mehr eingeschränkt. Damit hält die angefochtene Verfügung der gerichtlichen Überprüfung stand und die Beschwerde ist abzuweisen. Der Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.2 hiervor).

5.

5.1 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.

Die Verfahrenskosten sind vorliegend auf Fr. 800.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

5.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege.

5.3.1 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 (Art. 111 Abs. 1 VRPG).

5.3.2 Aufgrund der zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege eingereichten Bestätigung, wonach er seit dem 1. Februar 2016 vollumfänglich vom Sozialdienst ... unterstützt wird (BB 3), ist die Prozessbedürftigkeit des Beschwerdeführers erstellt. Das vorliegende Beschwerdeverfahren war auch nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen. Damit sind die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege erfüllt. Das Gesuch ist somit gutzuheissen. Der Beschwerdeführer ist folglich – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.

3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung 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. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - 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.