

200 19 360 IV  
FUR/SVE/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 9. April 2021**

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Wiedmer  
Gerichtsschreiberin Schwitter

**A.** \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer

gegen

**IV-Stelle Bern**

Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern

Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 24. April 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1954 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), diplomierter ..., meldete sich erstmals im August 2013 unter Hinweis auf einen Status nach perimesenzephaler Subarachnoidalblutung (SAB; Grad II) mit schneller Erschöpfung, plötzlicher Müdigkeit, schneller Überreizung in lauter Umgebung oder mit mehreren gleichzeitigen Gesprächspartnern sowie sehr langen Erholungsphasen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 2). Die IVB tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen. Insbesondere liess sie den Versicherten neuropsychologisch begutachten (Expertisen vom 3. Dezember 2014 [act. II 25.1] und 22. September 2016 [act. II 47.1]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 48) bejahte die IVB mit Verfügung vom 9. Januar 2017 (act. II 56 S. 2) bei einem Invaliditätsgrad von 41 % ab 1. Februar 2014 einen Anspruch auf eine Viertelsrente und eine entsprechende Kinderrente. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im Rahmen einer von Amtes wegen eingeleiteten Revision im Oktober 2017 (vgl. act. II 69) machte der Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (act. II 72 S. 1 Ziff. 1.1). Zudem habe er sein Pensum per 1. Oktober 2016 von 60 % auf 50 % reduziert (S. 2 Ziff. 2.2). Er beantragte, die IV-Rente sei per 1. Oktober 2016 rückwirkend unter Berücksichtigung des neuen Beschäftigungsgrades von 50 % neu zu berechnen (S. 5 Ziff. 5). In der Folge holte die IVB erwerbliche und medizinische Unterlagen ein. Am 15. Februar 2018 teilte sie dem Versicherten mit, es seien keine Änderungen festgestellt worden, die sich auf die Rente auswirkten. Damit bestehe weiterhin ein Anspruch auf die bisherige Viertelsrente (act. II 90). Daraufhin ersuchte der Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, Sozialversicherungsfachmann, um Erlass einer beschwerdefähigen Verfügung (act. II 91 f.). Mit Vorbescheid vom 29. März 2018 (act. II 94) stellte die IVB in Aussicht, es seien keine Änderungen festgestellt worden, die sich auf die Rente auswirkten, weshalb weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente bestehe. Nach hiergegen erhobenem Ein-

wand vom 16. April 2018 (act. II 95) holte die IVB eine Stellungnahme bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 111), ein. Mit Vorbescheid vom 28. Januar 2019 (act. II 113) stellte die IVB dem Versicherten erneut in Aussicht, weiterhin eine Viertelsrente auszurichten. Nach dagegen erhobenem Einwand vom 21. Februar 2019 (act. II 116) holte sie nochmals Stellungnahmen bei den RAD-Ärzten Dres. med. C.\_\_\_\_\_ (act. II 118) und D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 121), ein. Am 24. April 2019 verfügte sie dem Vorbescheid entsprechend (act. II 124).

## **B.**

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 9. Mai 2019 Beschwerde und beantragte sinngemäss, in Aufhebung der Verfügung vom 24. April 2019 sei ihm eine halbe Rente zu gewähren. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Der Beschwerdeführer ersuchte mit Eingabe vom 15. Mai 2019 um möglichst geringe Verfahrenskosten, woraufhin die Instruktionsrichterin ihn mit Verfügung vom 17. Mai 2019 auf die Möglichkeit zur Einreichung eines Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege hinwies.

Die Beschwerdegegnerin leitete am 24. Mai 2019 eine als Beschwerde bezeichnete Eingabe des Beschwerdeführers vom 20. Mai 2019 zuständigkeitshalber an das Verwaltungsgericht weiter.

Mit Eingabe vom 2. Juni 2019 reichte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

Am 16. Juli 2019 reichte der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme ein.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 24. April 2019 (act. II 124). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang, ob seit der Verfügung vom 9. Januar 2017 (act. II 56 S. 2) eine anspruchrelevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen ausgewiesen ist.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

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

**2.2** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

**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. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 84 E. 3).

**2.4.3** 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).

**2.4.4** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

**2.5** 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Vorliegend ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 9. Januar 2017 (act. II 56 S. 2), als letztmals eine allseitige Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen erfolgte und mit welcher dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 41 % eine Viertelsrente zugesprochen wurde, mit demjenigen bei Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 24. April 2019 (act. II 124) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung in medizinischer bzw. erwerblicher Hinsicht eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 hiavor).

**3.2** Die Verfügung vom 9. Januar 2017 (act. II 56 S. 2) stützte sich im Wesentlichen auf das neuropsychologische Verlaufsgutachten von lic. phil. E.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie und Psychotherapie FSP, vom 22. September 2016 (act. II 47.1) sowie die RAD-ärztliche Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2016 (act. II 53).

**3.2.1** Die Psychologin lic. phil. E.\_\_\_\_\_ hielt im Verlaufsgutachten vom 22. September 2016 (act. II 47.1) als neuropsychologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte kognitive Störung nach SAB im Mai 2001 fest. Im Vordergrund stehe eine verminderte Belastbarkeit mit/bei reduzierter Stresstoleranz. Testdiagnostisch seien eine intraindividuelle Leistungseinbusse, Arbeitsgedächtnisprobleme und leichte attentionale Defizite nachgewiesen worden. Sekundär komme es darunter zu

einer erhöhten Stör- und Fehleranfälligkeit im (beruflichen) Alltag. Diese Diagnose bestehe seit der SAB im Mai 2001. Während der mittelschweren depressiven Episoden (Erstdiagnose Herbst 2014, weitgehend remittiert im Frühsommer 2016) hätten vorübergehend deutlichere Leistungs- und Belastungsminderungen bestanden. Bei der hirnorganisch begründeten, seit der SAB im Mai 2001 vorliegenden Leistungs- und Belastungsreduktion handle es sich um eine konstant vorhandene und im Ausprägungsgrad gleichbleibende Beeinträchtigung, welche sich sowohl im Alltag als auch in der beruflichen Tätigkeit leistungsmindernd auswirke. In Zusammenhang mit der Beurteilung von Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen sei festzuhalten, dass nicht spezifische kognitive Defizite vorlägen, sondern eine grundlegend verminderte Stress- und Belastungstoleranz bestehe, welche zeitüberdauernd vorhanden sei. Eine Verbesserung des Zustandes sei aus fachspezifischer Sicht nicht zu erwarten; nach über einem Jahrzehnt seit dem Ereignis könne der Beschwerdeführer weder von einem neuropsychologischen Funktionstraining noch von einem ergotherapeutisch basierten Hirnleistungstraining profitieren. Der Beschwerdeführer sei in einen Teufelskreis von chronischer Überforderung und Erschöpfung geraten. Dieser habe einerseits auf der seitens der Medizin nicht erkannten/anerkannten Leistungsminderung nach der SAB gefusst, andererseits auf der hohen Motivation und Leistungsbereitschaft. Final habe die chronische Überforderung und Erschöpfung in einer depressiven Episode, welche im Herbst 2014 erstmals als solche erkannt bzw. benannt worden sei, gemündet. Der Beschwerdeführer habe sich in eine störungsgerechte Behandlung begeben. Seit Frühling 2016 sei von einer weitgehend remittierten depressiven Episode auszugehen. Der Zustand sei als stationär einzustufen (S. 24 f.). Der Beschwerdeführer sei beruflich ressourcenangepasst eingegliedert, indem er im erlernten Beruf als ... mit einem 60%-Pensum (ohne spezielle Funktion oder Aufgaben) arbeite, welches er über die ganze Woche aufteilen könne (S. 26). Es werde dringend davon abgeraten, das Pensum (60 %) zu erhöhen. Jede Tätigkeit mit hohem Anteil an administrativen Aufgaben und/oder hohem Anteil an planungs- und organisationsbezogener Verantwortung sei mit seinen verminderten Ressourcen nicht mehr vereinbar. Einem vorwiegend berufspraktischen Einsatz als ... sei er hingegen gewachsen (S. 27).

**3.2.2** Dr. med. C.\_\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 31. Oktober 2016 (act. II 53) fest, der Beschwerdeführer sei umfassend und gründlich abgeklärt worden und die vorgebrachten Beschwerden, wie erhöhte Erschöpfbarkeit und verminderte Belastbarkeit, seien berücksichtigt worden. Es lägen keine Hinweise für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor (S. 2).

**3.3** Hinsichtlich des Verlaufs bis zum Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 24. April 2019 (act. II 124) lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.3.1** Im Bericht vom 9. November 2017 (act. II 82) hielt der Psychologe lic. phil. F.\_\_\_\_\_ fest, der Gesundheitszustand sei stationär (S. 2 Ziff. 1). Als Diagnosen hätten die im früher durch die Psychologin lic. phil. E.\_\_\_\_\_ erstellten neuropsychologischen Gutachten (vgl. act. II 47.1) beschriebenen Symptome, nach einer 2001 erlittenen SAB (Grad II), mit sehr langer Erholungspause Einfluss. Die rezidivierende mittelgradig depressive Episode könne nach dem Therapieabschluss am 10. August 2017 als voll remittiert betrachtet werden (Ziff. 3). Das depressive Zustandsbild habe sich eindeutig verbessert, die schnelle Ermüdbarkeit wie auch die Energielosigkeit jedoch wie erwartet nicht (Ziff. 4). Es könne davon ausgegangen werden, dass die Ursache der verbleibenden Restsymptomatik die Spätfolge der Hirnblutung sei und nicht mehr durch psychotherapeutische Massnahmen verbessert werden könne (S. 3 Ziff. 9). So lange der Beschwerdeführer in einem gewohnten und bekannten Arbeitsumfeld tätig sei, bestünden keine geistigen und kognitiven Einschränkungen. Einzig der Energiemangel und die schnelle Ermüdbarkeit liessen eine 100%ige Tätigkeit nicht zu (Ziff. 12). Die Arbeitstätigkeit solle, wenn möglich, eine normale tägliche Arbeitszeit von circa acht Stunden nicht überschreiten. Somit sei der Beschwerdeführer bei der G.\_\_\_\_\_ an einem geeigneten Arbeitsplatz (Ziff. 13). Alle aktuellen Tätigkeiten des Beschwerdeführers seien zumutbar, sofern berücksichtigt werde, dass die Arbeitsdauer und Arbeitsintensität nicht den gewohnten Rahmen überschritten (Ziff. 14). Eine ergänzende medizinische Abklärung erachte er nicht für angezeigt (Ziff. 15).

**3.3.2** Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 8. Dezember 2017 (act. II 87) fest, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (S. 2 Ziff. 1), wobei sich seit der letzten Diagnosestellung keine Änderung ergeben habe (Ziff. 2). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er einen Status nach perimesenzephaler SAB (Grad II nach Hunt und Hess) 2001 mit neuropsychologischen Defiziten, in erster Linie Fatigue Syndrom, auf (Ziff. 3). Gesundheitlich sei eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab dem 1. November 2016 bis zur Pensionierung begründet (S. 3 Ziff. 11). Es bestünden keine wesentlichen körperlichen Einschränkungen. Hingegen bestünden leichte psychische Einschränkungen im Sinne einer Depressivität, ausgelöst durch die persönliche Lebenssituation und die Tatsache, dass das Erbringen einer korrekten Arbeitsleistung kaum mehr möglich sei. Es bestünden geistige Einschränkungen im quantitativen Sinn ohne Einschränkungen im qualitativen Sinn: Die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung (die ihm jedoch nicht zur Verfügung stünden) zeigten weitgehend normale kognitive Fähigkeiten (Ziff. 12). Rein körperliche Arbeiten seien nur eingeschränkt möglich. Somit sei der Einsatz in der G. \_\_\_\_\_, mit teilweise körperlichem Einsatz bei Pflegehandlungen, mit teilweise intellektuellem Einsatz bei administrativen Angelegenheiten mit stark wechselnder Körperstellung mit stehender, sitzender, gehender Tätigkeit, passend. Rein geistige Arbeit wie etwa ausschliesslich administrative Arbeiten führten zu zusätzlicher Ermüdung und Leistungseinbusse. Insgesamt stosse der Beschwerdeführer bereits bei einer halbtägigen Arbeitsleistung an seine Grenzen (Ziff. 14). Dem Beschwerdeführer sei eine Präsenzzeit von vier bis fünf Stunden pro Tag möglich und zumutbar (S. 4 Ziff. 15.4).

Im Bericht vom 27. November 2018 (act. II 104) hielt derselbe Arzt erneut fest, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (S. 2 Ziff. 1), wobei sich seit der letzten Diagnosestellung keine Änderung ergeben habe (Ziff. 2). Es fehle die Leistungsfähigkeit, so sei der Beschwerdeführer nach zwei bis drei Stunden im Einsatz an seiner Arbeitsstelle erschöpft und werde unproduktiv. Er arbeite seit einigen Jahren nur noch zu 50 % und werde trotz seiner verminderten Leistungsfähigkeit von seinem Arbeitgeber mitgetragen. Daneben bestünden eine Adipositas und eine arterielle Hypertonie, welche per se die Arbeitsfähigkeit nicht relevant verminderten (Ziff. 4). Eine

Objektivierbarkeit der Befunde müsste testpsychologisch erfasst werden. Verschiedene Untersuchungen hätten in der Vergangenheit stattgefunden und bestätigten den vom Beschwerdeführer geschilderten Sachverhalt (S. 3 Ziff. 6). Es bestehe eine Dauerarbeitsunfähigkeit bis zum Erreichen des Pensionsalters (Ziff. 9).

**3.3.3** Die RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 10. Januar 2019 (act. II 111) fest, der Hausarzt berichte zwar von einer fehlenden Leistungsfähigkeit, wobei aber keine Diagnosen vorlägen, welche eine Verschlechterung belegen könnten. Die Folgen der perimesenzephalen Blutung von 2001 seien ausreichend abgeklärt worden. Es handle sich nicht um eine progrediente Erkrankung, sondern um einen residuellen Befund, daher sei eine Verschlechterung in diesem Rahmen nicht nachvollziehbar. Es lägen keine neuen objektiven Befunde vor (S. 3).

Auch in der Stellungnahme vom 5. April 2019 (act. II 122) hielt sie daran fest, dass eine Verschlechterung aus neurologischer Sicht nicht gegeben sei (S. 3).

**3.3.4** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, stellte im Bericht vom 15. Februar 2019 (act. II 116 S. 13) folgende Diagnosen:

1. Status nach perimesenzephaler SAB (Grad II nach Hunt und Hesse) im Mai 2001;
  - seither persistierende leichtgradige neuropsychologische Defizite (Aufmerksamkeitsstörung, Arbeitsgedächtnisstörung, verminderte verbale Ideenproduktion);
  - persistierende starke Ermüdbarkeit und Konzentrationsstörung, schwere Fatigue;
2. Rezidivierende depressive Störungen;
  - aktuell mittelgradig depressive Störung;
  - bisher schlechte Verträglichkeit verschiedener eingesetzter Antidepressiva;
3. Episodische Spannungskopfschmerzen;
  - Verbesserung der Kopfschmerzsituation seit Reduktion des Arbeitspensums;
4. Arterielle Hypertonie.

Seit der SAB (Grad II) persistierten einerseits leichte neuropsychologische Defizite, welche in zweimaligen neuropsychologischen Gutachten konsis-

tent in gleicher Weise hätten nachgewiesen werden können und im Gutachten als hirnorganisch bewertet worden seien. Daneben bestehe eine konsistente schwere motorische und kognitive Fatigue, wie dies häufig im Anschluss an derartige zerebrale Ereignisse von Patienten beklagt werde, und welche wie immer nicht eindeutig objektiviert werden könnte. Häufig führe die notwendige kognitive Mehranstrengung dazu, dass auch nach leichten Hirnschädigungen für die gleiche kognitive Leistung grössere Hirnanteile aktiviert werden müssten oder eine vermehrte Hyperkonnektivität der verschiedenen Hirnregionen aufrecht erhalten werden müsse, was dann zu einer derartig verminderten Leistungsfähigkeit und Fatigue führe. Somit sei es sicherlich absolut nachvollziehbar, dass aufgrund dieser hirnorganischen Defizite seit Oktober 2016 eine 50%ige Leistungsminderung in der anspruchsvollen Tätigkeit als ... bestehe. Dieses Ausmass der Arbeitsunfähigkeit sei auch im neuropsychologischen Gutachten vom 3. Dezember 2014 (vgl. act. II 25.1) durch die Psychologin lic. phil. E. \_\_\_\_\_ bestätigt worden. Im Rahmen der verminderten Leistungsfähigkeit sei es auch immer wieder zu sozialen und beruflichen Belastungssituationen, Überforderungssituationen, frustrierenden und das Selbstwertgefühl mindernden Erfahrungen und auch zu einem beruflichen Abstieg und verminderten sozialen Ressourcen gekommen, was sich immer wieder in depressiven Phasen geäussert habe. Es sei davon auszugehen, dass eine Wechselwirkung zwischen der initial hirnorganischen Schädigung durch die SAB und den dadurch bedingten Lebenserfahrungen und der Entwicklung von depressiven Phasen bestehe. Die aktuelle Verschlechterung könne aufgrund der Angaben auf eine erneute mittelschwere depressive Phase zurückgeführt werden, und es werde vom Beschwerdeführer im Beck-Depressionsfragebogen mit 22 Punkten doch eine mittelschwere Depression angegeben. Weiterhin bestehe konsistent eine schwere motorische und kognitive Fatigue gemäss Fatigue Skala für Motorik und Kognition. In Kombination mit der initial hirnorganischen Schädigung, welche zu einer 50%igen Leistungseinbusse geführt habe, sei die aktuelle Verschlechterung durch die erneute mittelschwere depressive Episode gut zu erklären, sodass momentan für die anspruchsvolle Tätigkeit in der G. \_\_\_\_\_ sicherlich eine länger anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2018 attestiert werden könne (S. 2 f.).

**3.3.5** Med. pract. J. \_\_\_\_\_, Praktischer Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie die Psychologin lic. phil. K. \_\_\_\_\_, hielten im „Bericht zu Vorbescheid der aktuellen Rentenrevision von Herrn A. \_\_\_\_\_“ vom 27. Februar 2019 (act. II 117 S. 2) als Diagnose aktenanamnestisch einen Status nach perimesenzephaler SAB (Grad II nach Hunt und Hess) 2001 mit bleibender, leicht kognitiver Störung (im Vordergrund verminderte Belastbarkeit mit/bei reduzierter Stresstoleranz) fest. Aktuell diagnostizierten sie eine mittelgradige rezidivierende depressive Episode als Reaktion auf die seit längerem bestehende chronische Überforderung bei der Arbeit (ICD-10 F33.1). Die aktuelle Einschätzung des IV-Grades von 41 % liege unter dem Ausmass der effektiven Beeinträchtigungen. Eine Wiederaufnahme der Arbeit erscheine vor der Pensionierung Ende Oktober 2019 nicht realistisch. Das aktuelle depressive Rezidiv scheine eine Folge der chronischen Überforderung durch die somatischen Leistungseinschränkungen zu sein. Die nochmalige Reduktion des Arbeitspensums im Jahr 2016 von 60 % auf 50 % habe nach Angaben des Beschwerdeführers keine Erleichterung gebracht. Auch die 2016/2017 vom damaligen Psychotherapeuten attestierte Remission der 2014 aufgetretenen depressiven Episode habe wenig Einfluss auf die erlebte massiv einschränkende schnelle Erschöpfung und Energielosigkeit bei der Arbeit und im Alltag gehabt. Um die 50%ige Arbeitsfähigkeit aufrechterhalten zu können, habe er gemäss eigenen Angaben in den letzten zwei Jahren sein gesamtes Leben neben der Arbeit der Erholung untergeordnet. Trotzdem sei er sukzessive immer mehr in die Überlastung und Überforderung gekommen, was zum aktuellen depressiven Rezidiv geführt habe (S. 3).

**3.3.6** Der RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 15. März 2019 (act. II 121) fest, es handle sich diagnostisch um eine leicht- bis mittelgradig ausgeprägte depressive Episode in Komorbidität mit einem neurologischen Residuum. Der vom Neurologen durchgeführte Beck-Test bestehe aus einem Selbstbeurteilungs-Fragebogen, der vom Patienten ausgefüllt werde und nicht als objektiver Befund bezeichnet werden könne. Sowohl die Befunde des Neurologen als auch die des Psychiaters enthielten wenig objektivierbare Feststellungen und bezögen sich überwiegend auf anamnestische Angaben. Die vom Psychiater attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr

sei für die dokumentierte Ausprägung der Gesundheitsstörung nicht nachvollziehbar (S. 3).

**3.4** 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

Sofern RAD-Berichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberoücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nach-

vollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

### **3.5**

**3.5.1** Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung in neurologischer Hinsicht auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 10. Januar 2019 (act. II 111) und vom 5. April 2019 (act. II 122), welche beweiskräftig sind (vgl. E. 3.4 hiavor). Sie hielt fest, dass aus neurologischer Sicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegeben sei, so lägen insbesondere keine neuen Diagnosen vor. Seit der neuropsychologischen Exploration vom 22. August 2016 durch die Psychologin lic. phil. E. \_\_\_\_\_ (vgl. act. II 47.1) blieb die neurologische Situation diagnostisch denn auch unverändert. So hielt bereits die Psychologin lic. phil. E. \_\_\_\_\_ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte kognitive Störung nach SAB fest, wobei im Vordergrund eine verminderte Belastbarkeit mit/bei reduzierter Stresstoleranz bestehe. Diese grundlegend verminderte Stress- und Belastungstoleranz sei zeitüberdauernd vorhanden. Bei der hirnganisch begründeten Leistungs- und Belastungsreduktion handelt es sich damit um eine konstant vorhandene und im Ausprägungsgrad gleichbleibende Beeinträchtigung (vgl. act. II 47.1 S. 24). Der Psychologe lic. phil. F. \_\_\_\_\_, bei welchem sich der Beschwerdeführer bis August 2017 in Psychotherapie befand (vgl. act. II 82 S. 2 Ziff. 3), ging ebenfalls von einem stationären Gesundheitszustand (vgl. act. II 82 S. 2 Ziff. 1) aus. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hingegen führte aus, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, ohne dies zu spezifizieren bzw. mittels neuer objektiver Befunde zu unterlegen. Ferner verneinte er eine Änderung seit der letzten Diagnosestellung (vgl. act. II 87 S. 2 Ziff. 1 und 2, 104 S. 2 Ziff. 1 und 2). Darüber hinaus attestierte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer

schon kurze Zeit nach der Expertise vom 22. September 2016 (act. II 47.1) ab dem 24. Oktober 2016 eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 50 % bis zur Pensionierung (vgl. act. II 50 S. 2), ohne die Verschlechterung zu begründen. Diese Verschlechterung hätte ohnehin vor Erlass der Referenzverfügung vom 9. Januar 2017 (act. II 56 S. 2) stattgefunden und wäre daher revisionsrechtlich unbeachtlich. Schliesslich bestätigte er dem Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zur Pensionierung, wiederum ohne eine nachvollziehbare Begründung der umfassenden Leistungseinschränkung, insbesondere weshalb bis zur Pensionierung keine Möglichkeit der Verbesserung bestehe (vgl. act. II 104 S. 3 f. Ziff. 9, 11 und 13). Vielmehr führte er aus, eine Objektivierbarkeit der Befunde müsse testpsychologisch (erst noch) erfasst werden (vgl. act. II 104 S. 3 Ziff. 6). Überdies ist auch dem Umstand Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eine Einschätzung eher zu Gunsten ihrer Patienten vornehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470). Auch der Neurologe Dr. med. I. \_\_\_\_\_ führte keine neuen Diagnosen auf resp. führte die aktuelle Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf eine erneute mittelschwere depressive Phase zurück, welche sich insbesondere auch aus dem Beck-Depressionsfragebogen ergebe (vgl. act. II 116 S. 15). Auf rein neurologischem Fachgebiet ist damit keine relevante Gesundheitsverschlechterung ausgewiesen.

**3.5.2** In psychiatrischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 15. März 2019 (vgl. act. II 121 S. 3), welche beweiskräftig ist (vgl. E. 3.4 hiervor). Dr. med. D. \_\_\_\_\_ führte aus, dass es sich diagnostisch um eine leicht- bis mittelgradig ausgeprägte depressive Episode in Komorbidität mit einem neurologischen Residuum handle, wobei die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr für die dokumentierte Ausprägung der Gesundheitsstörung nicht nachvollziehbar sei. In Übereinstimmung mit dem RAD-Arzt ist festzuhalten, dass der Bericht des Neurologen Dr. med. I. \_\_\_\_\_ (vgl. act. II 116 S. 13 ff.) keine wesentlichen neuen Aspekte enthält. Er führte die aktuelle Verschlechterung, wie bereits unter E. 3.5.1 hiervor erwähnt, zwar auf eine erneute mittelschwere depressive Episode zurück, stellte dabei aber insbesondere auf die im

Beck-Depressionsfragebogen durch den Beschwerdeführer gemachten subjektiven Angaben ab und führte insbesondere auch nicht aus, weshalb eine längerfristige 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehen soll. Der Umstand, dass eine Wechselwirkung zwischen der initialen hirnorganischen Schädigung durch die SAB, den dadurch bedingten Lebenserfahrungen und der Entwicklung von depressiven Phasen besteht (vgl. act. II 116 S. 14 f.), wurde denn auch bereits in der neuropsychologischen Expertise vom 22. September 2016 (act. II 47.1 S. 24 f.) berücksichtigt. Neue objektive Befunde wurden auch im Bericht von med. pract. J. \_\_\_\_\_ und der Psychologin lic. phil. K. \_\_\_\_\_ (vgl. act. II 117 S. 2 f.) keine aufgeführt. Ebenso fehlt es an einer schlüssigen und nachvollziehbaren Begründung, weshalb eine Wiederaufnahme der Arbeit vor der Pensionierung Ende Oktober 2019 nicht realistisch erscheine. Wiederum wurde die mittelgradig rezidivierende depressive Episode als Reaktion auf die seit längerem bestehende chronische Überforderung bei der Arbeit zurückgeführt (vgl. act. II 117 S. 2 f.). Soweit med. pract. J. \_\_\_\_\_ und die Psychologin lic. phil. K. \_\_\_\_\_ festhielten, dass die aktuelle Einschätzung des IV-Grades von 41 % unter dem Ausmass der effektiven Beeinträchtigungen liege (act. II 117 S. 3), nahmen sie einen eigentlichen Rollenwechsel von der ärztlichen Tätigkeit zum Parteivertreter vor, was gegen die Objektivität der medizinischen Angaben spricht (vgl. Entscheide des Bundesgerichts vom 26. November 2019, 8C\_588/2019, E. 4.3 und vom 6. Juni 2018, 8C\_79/2018, E. 4.2). Bereits die Psychologin lic. phil. E. \_\_\_\_\_, an deren Einschätzung sich gemäss den seitherigen überzeugenden Berichten des Psychologen lic. phil. F. \_\_\_\_\_ und der RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ nichts änderte, führte die im Gutachtenszeitpunkt weitgehend remittierte depressive Episode auf die chronische Überforderung und Erschöpfung zurück (vgl. act. II 47.1 S. 24 f.). Sie führte jedoch nachvollziehbar aus, dass der Beschwerdeführer in der ausgeübten Tätigkeit als ... bei der G. \_\_\_\_\_ in einem 60 %-Pensum, ohne spezielle Funktionen und Aufgaben, optimal eingegliedert sei. Diese Tätigkeit sei aus fachspezifischer Sicht ressourcenangepasst und es empfehle sich, diese Situation bis zur in drei Jahren anstehenden Pensionierung beizubehalten (vgl. act. II 47.1 S. 26 f.). Gestützt auf die Expertise der Psychologin lic. phil. E. \_\_\_\_\_ ist von einer hirnorganisch begründeten Leistungs- und Belastungsreduktion, welche konstant vorhanden ist und im Ausprägungsgrad gleich bleibt, auszugehen

(vgl. act. II 47.1 S. 24). Da der Beschwerdeführer entsprechend seiner Ressourcen mit der Tätigkeit als ... in einem 60 %-Pensum optimal eingliedert war (vgl. act. II 47.1 S. 27), erscheint in Übereinstimmung mit Dr. med. D. \_\_\_\_\_ die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit als nicht nachvollziehbar und begründet, und vermag damit keine Zweifel an der RAD-ärztlichen Einschätzung zu wecken (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb sich weitere Abklärungen in antizipierter Beweiswürdigung erübrigen (vgl. hierzu BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

**3.5.3** Zusammenfassend ist in medizinischer Hinsicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine wesentliche Änderung im Vergleich zum Referenzzeitpunkt im Januar 2017 (vgl. act. II 56 S. 2) eingetreten, die geeignet wäre, den IV-Grad zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 ff. hiervor). Folglich liegt in revisionsrechtlicher Hinsicht eine im Wesentlichen unveränderte medizinische Situation vor.

**3.5.4** Die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Reduktion des Pensums von 60 % auf 50 % (act. II 72 S. 5) war bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom 9. Januar 2017 (act. II 56 S. 2) bekannt (vgl. act. II 50), weshalb auch kein erwerblicher Revisionsgrund gegeben ist.

**3.6** Nach dem Dargelegten fehlt es an einem Revisionsgrund. Die Verfügung vom 24. April 2019 (act. II 124) ist nicht zu beanstanden und die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

**4.2** 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). Soweit das Vermögen einen angemessenen „Notgroschen“ übersteigt, ist der das Gesuch stellenden Person unbesehen der Art der Vermögensanlage zumutbar, dieses zur Finanzierung des Prozesses zu verwenden, bevor dafür öffentliche Mittel bereitzustellen sind. Die Höhe des „Notgroschen“-Grenzbetrages kann nicht generell, sondern nur individuell-konkret festgelegt werden, und zwar namentlich unter Berücksichtigung von Erwerbssaussichten, Alter, Gesundheitszustand sowie familiären Verpflichtungen (Entscheid des BGer vom 8. August 2016, 8C\_377/2016, E. 2.2 mit Hinweisen; vgl. auch Kreisschreiben Nr. 1 der Zivilabteilung des Obergerichts und des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern über die Ermittlung und den Nachweis der Prozessarmut vom 25. Januar 2011 lit. F).

Den vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege kann entnommen werden, dass er und seine Ehefrau unter anderem über ein Barvermögen von Fr. 76'839.-- verfügen (vgl. Steuererklärung 2018 [Akten des Beschwerdeführers zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege [act. IB-UR] 12). Dieses liquide Vermögen liegt deutlich über einem sog. Notgroschen. Da das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zudem einzig die Befreiung von den Verfahrenskosten betrifft, ist dem Beschwerdeführer ein Rückgriff auf dieses Vermögen zumutbar.

Der Beschwerdeführer gilt damit für das vorliegende Verfahren nicht als prozessarm, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege abzuweisen ist.

## **5.**

**5.1** Gemäss aArt. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) 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. Werden Gesuche um unentgeltliche Rechtspflege - wie vorliegend - erst mit dem materiellen Urteil abgelehnt, sind die Verfahrenskosten praxisgemäss auf Fr. 200.-- zu beschränken (Beschluss der erweiterten Abteilungskonferenz des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Mai 2006). Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 200.--, hat entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegende Beschwerdeführer zu tragen.

**5.2** Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird abgewiesen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 200.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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