

200 20 845 IV
JAP/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. Mai 2021

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Oktober 2020



Sachverhalt:

A.

Im Januar 2017 meldete sich der 1989 geborene, aus ... stammende A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung für eine berufliche Integration/Rente an (Antwortbeilage [AB] 1). Seit einem Unfall vom 19. Juli 2016 (schwere Schnittverletzung am Unterschenkel mit Durchtrennung von Sehnen und Muskeln; vgl. AB 1 S. 6) sei er zu 100% arbeitsunfähig. Er erhalte Leistungen der C._____ im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung (AB 1 S. 4).

Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) nahm in der Folge in erwerblicher und medizinischer Hinsicht Abklärungen vor (vgl. AB 7, 11, 19, 29, 36, 41, 43, 48, 52, 55, 58 f., 63, 65, 69 ff., 73). Insbesondere holte sie die jeweils aktuellen Akten der C._____ ein (AB 7.1 – 7.56, 19.1 – 19.16, 29.1 – 29.39, 36.1 – 36.23, 41.1 – 41.30, 43.1 – 43.30, 52.1 – 52.87, 55, 58.1 – 58.55, 59, 69.1 – 69.112, 70 f., 73.1 – 73.31, 77, 84).

Mit Vorbescheid vom 2. Juli 2020 (AB 75) stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht. Ihre Abklärungen hätten ergeben, dass keine versicherte gesundheitliche Einschränkung mit langandauernder Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliege und ihm sämtliche Tätigkeiten weiterhin uneingeschränkt zumutbar seien. Diese Einschätzung sei durch eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung im Auftrag des Unfallversicherers bestätigt worden. Es bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (AB 75 S. 2).

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 31. August 2020 Einwand, wobei er zur Begründung auf sein Schreiben gleichen Tages an die C._____ verwies. Das neurologisch-psychiatrische Gutachten genüge den Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Unterlagen nicht. Es sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit auszugehen, sodass

der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2017 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung sowie – soweit dies medizinisch möglich sei – Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen habe (AB 81).

Mit Verfügung vom 13. Oktober 2020 verneinte die IV-Stelle ihrem Vorbescheid vom 2. Juli 2020 entsprechend einen Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (AB 86).

B.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 13. November 2020 Beschwerde mit den Rechtsbehelfen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, ihm ab 1. Juli 2017 eine ganze Rente zu entrichten sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. Eventualiter seien die Akten zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zudem sei ihm für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Dezember 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen, die Verfahrenskosten seien dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und es sei keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Mit Schreiben vom 1. März 2021 teilte der Beschwerdeführer dem Gericht mit, dass von Seiten der C. _____ eine erneute Begutachtung vorgesehen sei, was zeige, dass die bisherigen Abklärungen ungenügend seien und der Beschwerde zumindest im Eventualantrag stattzugeben sei.

Der zuständige Instruktionsrichter holte in der Folge bei der C. _____ die vollständigen Unfall-Akten des Beschwerdeführers zur Einsichtnahme ein.

Mit Stellungnahme vom 29. März 2021 hielt die Beschwerdegegnerin fest, die Gründe, weshalb die C. _____ eine weitere Begutachtung in Auftrag gebe, seien unklar. Neue medizinische Unterlagen, welche Zweifel an den

bisherigen Schlussfolgerungen aufkommen liessen, fänden sich auch in den neusten Akten nicht. Sie halte demnach am 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 Beschwerdegegnerin vom 13. Oktober 2020 (AB 86). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat und dabei insbesondere, ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt ist.

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 Vorab rügt der Beschwerdeführer eine Verletzung der Begründungspflicht, da die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung hinsichtlich Stellungnahme zur Anhörung vom 1. September 2020 lapidar erwähne, am 2. Oktober 2020 habe die C._____ ihre Verfügung erlassen, es werde auf die Begründung der C._____ verwiesen, welcher man "nichts beizufügen" habe (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. III Art. 2 Ziff. 1 ff. sowie AB 86 S. 1 f.).

2.2 Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101). Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2020 AHV Nr. 2 S. 5 E. 4, 2017 KV Nr. 6 S. 30 E. 5).

2.3 Dass die Beschwerdegegnerin zur Begründung des Festhaltens am dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 2. Juli 2020 (AB 75) in Aussicht gestellten Entscheid bloss auf die entsprechende Begründung der C._____ in deren Verfügung vom 2. Oktober 2020 (vgl. AB 84) verwies, erscheint auch unter Berücksichtigung dessen, dass der Beschwerdeführer selber bei der Einwanderhebung lediglich auf sein Schreiben an die C._____ vom 31. Juli 2020 (AB 81 S. 3 ff.) verwiesen hatte (vgl. AB 81

S. 1), mit Blick auf die Begründungspflicht nicht ideal. Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hatte dadurch aber immerhin auch hinsichtlich der erhobenen Einwände Kenntnis der Überlegungen, von denen sich die Beschwerdegegnerin – gleich wie die C. _____ – leiten liess, womit er die Verfügung zielgerichtet anfechten konnte. Jedenfalls wöge eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs durch dieses Vorgehen nicht schwer und gälte angesichts der uneingeschränkten gerichtlichen Kognition als geheilt (vgl. BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2019 IV Nr. 65 S. 210 E. 4.3).

3.

3.1 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).

3.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, erfolgt gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Ge-

sundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

3.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens

40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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. 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.

3.4 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).

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

3.6 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersu-

chungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.7 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 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3, 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5).

3.8 Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

4.

In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.1 Gemäss dem Austrittsbericht des Spitals D. _____ vom 21. Juli 2016 stellte sich der Beschwerdeführer am 19. Juli 2016 in Begleitung eines Kollegen auf dem Notfall vor. Am rechten Unterschenkel zeigte sich

lateralseitig eine ca. 10 cm lange Schnittverletzung. Bei der oberflächlichen Exploration waren Sehnenstümpfe darzustellen, woraufhin die Indikation zur sofortigen operativen Revision gestellt wurde (AB 7.54). Gemäss dem entsprechenden Operationsbericht hat der Beschwerdeführer berichtet, dass er sich die Verletzung mit einer Sense zugezogen habe (AB 7.51). Der intra- und postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos. Der Beschwerdeführer wurde vorerst bis 31. Juli 2016 vollständig arbeitsunfähig geschrieben (AB 7.54 S. 2). Sechs Wochen nach der Wundrevision wurde bei reizloser Narbe, reduzierter Druckdolenz über dem Malleolus lateralis und teilweise rückläufigen Sensibilitätsstörungen festgehalten, dass in der Woche darauf mit einem Arbeitsversuch "als Eisenleger" begonnen werden könne (AB 7.53).

4.2 Am 22. Dezember 2016 hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gegenüber der C. _____ fest, dass er die vom Beschwerdeführer geklagten anhaltenden Schmerzen nicht verstehen könne. Die Beweglichkeit sei nicht eingeschränkt, die Muskulatur eutroph. Die Narbe sei gut tastbar, etwas druckdolent, aber den Umständen entsprechend in Ordnung. Gerne warte er den Rat der C. _____ ab, bevor er die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit verlängere (AB 7.12; siehe auch AB 7.10).

4.3 Mit Bericht des Spitals D. _____ vom 25. Januar 2017 hielt Dr. med. F. _____, Facharzt für Chirurgie, einen Status sechs Monate nach ausgedehnter Schnittverletzung im Bereich des rechten Unterschenkels dorsolateral fest. Die Narbe sei indolent, dorsal befinde sich cranial der Narbe ein narbiger Wulst, welcher etwas dolent sei. Flexion/Extension des Fusses seien suffizient, ebenso sei der Zehenstand möglich. Er empfahl, den Beschwerdeführer erneut in die Physiotherapie zu schicken, dies unter Betonung der Mobilisation und Manipulation bis zur Schmerzgrenze. Gleichzeitig wurde ihm weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 19.15).

Der Befundbericht des Spitals D. _____ über ein MRI des rechten Unterschenkels vom 9. Februar 2017 ergab einen Status nach kompletter Durchtrennung des Musculus peroneus longus et brevis und deren Sehnen, Teildurchtrennung des Musculus soleus lateralseitig mit Affektion des

lateralen Aspektes der Achillessehne und Schnittverletzung des lateralen Anteils des Musculus flexor hallucis longus. Es zeigten sich ausgeprägte narbige resp. fibrovaskuläre Veränderungen der entsprechenden Sehnen und Muskelbäuche im Rahmen der narbigen Reparationsvorgänge. Es liege sicherlich eine Verletzung des Nervus cutaneus surae lateralis sowie des Nervus peroneus superficialis vor. Es fänden sich jedoch keine ossären Traumafolgen (AB 19.12).

4.4 Eine Untersuchung des Beschwerdeführers bei Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie, vom 22. Februar 2017 zeigte Schädigungen des Nervus peroneus superficialis und des Nervus suralis rechts. Die Klinik habe bereits auf eine solche Schädigung hingewiesen. Bei fehlenden sensiblen Nervenaktionspotentialen nach elektrischer Stimulation lasse sich diese Vermutung elektroneurographisch bestätigen (AB 19.10 S. 1). Im klinischen Befund war das Spreizen der Zehen rechts leicht geschwächt. Ansonsten liessen sich keine Paresen und keine Muskelatrophien feststellen. Farbe, Temperatur und Feuchtigkeit waren unauffällig, das Gehen sicher. Beidseits bestand kein Absinken beim Hacken und Zehengang. Der Romberg-Versuch war ungestört (AB 19.10 S. 4). Der Allgemeinzustand wurde als gut und die Stimmung als ausgeglichen beschrieben (AB 19.10 S. 3). Der Beschwerdeführer werde vor allem durch die Folgen der Verletzung des Nervus suralis gestört, durch eine Taubheit und durch Schmerzen. Gegen die vor allem nächtlichen Schmerzen könne Lyrica versucht werden. Seines Erachtens müsse auch ernsthaft an eine Revisions-Operation gedacht werden zur Überprüfung der Verhältnisse am Nervus suralis rechts (AB 19.10 S. 1).

4.5 Gemäss Bericht zur ambulanten Schmerzsprechstunde vom 15. Mai 2017 im Schmerzzentrum des Spitals H._____, bestand beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Beurteilung ein starker Verdacht auf ein CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) Typ 2. Subjektiv würden Sensibilitätsstörungen, vasomotorische sowie motorische Symptome geklagt. Die motorischen sowie die Sensibilitätsstörungen könnten objektiviert werden. Es gebe zurzeit keine andere Diagnose, welche die geklagten Schmerzen erklären könne. Somit seien die Budapest-Kriterien – wenn auch knapp –

formal erfüllt zur Diagnose eines CRPS Typ 2 (AB 29.26 S. 2; vgl. AB 52.49).

Gemäss einem weiteren Bericht des besagten Schmerzzentrums vom 31. Juli 2017 war beim Beschwerdeführer in psychosomatischer Hinsicht eine Anpassungsstörung mit deutlicher innerer Anspannung, Nervosität, Grübeln und Zukunftsangst zu eruieren. Als Diagnose wurde unverändert ein Verdacht auf ein CRPS Typ 2 bei einem Status nach Schnittverletzung Unterschenkel rechts lateral festgehalten (AB 29.6).

4.6 Die kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers vom 23. Mai 2018 durch Dr. med. I._____, Facharzt für Chirurgie, erbrachte keine neuen Erkenntnisse. Im Wesentlichen einschränkend sei das vom Beschwerdeführer geklagte Schmerzempfinden resp. die geklagte ausgeprägte Allodynie des distalen Unterschenkels und Fusses rechts (AB 52.62):

4.7 Nachdem der Beschwerdeführer von seinem Hausarzt an Dr. med. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, überwiesen worden war (AB 41.8 [= AB 43.8]), hielt diese im Bericht vom 28. Juni 2018 fest, beim Beschwerdeführer im Vordergrund stehe eine depressive Symptomatik mit bedrückter Stimmung, Grübeln, Aussichtslosigkeit, reduziertem Antrieb, Zukunftsängsten und Verzweiflung. Der körperliche Schmerz, der durch den Unfall verursacht worden sei, nehme fast den ganzen Raum im Leben des Beschwerdeführers ein. Er habe zunehmend dekompenziert, bis es vor drei Wochen zu suizidalen Gedanken gekommen sei (AB 52.55 S. 1). Man sei zum Entscheid gekommen, den Beschwerdeführer in der Klinik K._____ anzumelden. Ziel sei eine Besserung und Stabilisierung des psychischen Befindens (AB 52.55 S. 2; vgl. AB 52.57).

Gemäss einem weiteren Bericht der Psychiaterin vom 20. Oktober 2018 klagte der Beschwerdeführer bei ihr über eine gedrückte Stimmung, Flashbacks vom Unfall, Antriebslosigkeit, Grübeln, Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten sowie akute suizidale Krisen. Hinsichtlich körperlicher Beschwerden verwies die Psychiaterin auf die Berichte der diesbezüglich behandelnden Ärzte. Sie diagnostizierte eine schwere Depression (ICD-10: F33.2) bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1).

Der Beschwerdeführer sei im September 2018 in die Klinik K._____ eingetreten, da er wegen der suizidalen Krisen ambulant nicht mehr behandelbar gewesen sei (AB 48 S. 4). Er wünsche eine Umschulung. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei ihm mit Beginn zu vier Stunden pro Tag und langsamer Steigerung zumutbar (AB 48 S. 6).

4.8 Im Austrittsbericht der Klinik L._____ vom 22. November 2018 wird als Diagnose eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) festgehalten. Bereits bei der Aufnahme habe sich gezeigt, dass die depressive und die schmerzbedingte Symptomatik eng verbunden seien. Die Schilderungen des Beschwerdeführers zeigten das klassische Bild der Entwicklung einer psychosomatischen Schmerzstörung (AB 58.39 S. 2). Er habe gut vom sozial-psychiatrischen Angebot in der Klinik profitieren können. Er leide unter einer konstanten Schmerzwahrnehmung. Eng damit verbunden und sich gegenseitig bedingend stehe eine depressive Symptomatik, insbesondere charakterisiert durch Hoffnungslosigkeit, sozialen Rückzug und Schlafstörungen, verbunden mit starker Rumination. Diese Symptomatik habe dank verschiedenen milieuthérapeutischen Interventionen zum Teil reduziert werden können. Im Anschluss an die Akuttagesklinik sei der Beschwerdeführer in ihrer Tagesklinik weiterbehandelt worden (AB 58.39 S. 3).

4.9 Med. pract. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Rahmen einer versicherungspsychiatrischen Beurteilung zu Händen der C._____ vom 19. Dezember 2018 fest, das psychiatrische Störungsbild beim Versicherten sei vor allem durch Elemente einer Schmerzverarbeitungsstörung charakterisiert, am ehesten im Sinne einer chronifizierten Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Auch ein depressives Störungsbild im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode sei im Lichte der im Dossier geschilderten Symptomkonstellation aus psychiatrischer Sicht ernsthaft zu erwägen. Plausible Hinweise, aus denen auf eine schwere depressive Episode oder gar eine PTBS geschlossen werden könnte, fänden sich im Dossier und insbesondere auch in der Berichterstattung durch die Klinik L._____ (in der diese Diagnose festgehalten werde) nicht (AB 55 S. 7). In der Folge formulierte med. pract. M._____ Fragen, zu denen der ärztlich-psychi-

atrische Behandler einen ausführlichen Behandlungsbericht vorzulegen habe (AB 55 S. 8 f.).

4.10 Zu diesen Fragen nahm seitens der Klinik L. _____ Dr. med. N. _____, seit 2020 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 31. Januar 2019 Stellung. Als Diagnosen hielt er eine PTBS (ICD-10: F43.1), eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) sowie eine schwere rezidivierende Depression mit suizidalen Krisen (ICD-10: F33.2) fest (AB 58.23 S. 1). Behandlungsziele seien die Entwicklung der emotionalen Kompetenz im Bereich des Umgangs mit den belastenden bio-psycho-sozialen Problemen und der Umgang mit dem Schmerz. Es werde auch ressourcenorientiert gearbeitet. Der Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlung liege (wegen der gemeinsamen Muttersprache) bei der ambulanten Behandlung durch Dr. med. J. _____ (AB 58.23 S. 4). Der Beschwerdeführer habe sehr grossen Respekt vor und eine grundsätzliche Abneigung gegen Medikamente. Deshalb nehme er Temesta nur sehr selten ein, circa alle drei Tage eine Tablette. Die depressive Symptomatik sei zurzeit immer noch deutlich ausgeprägt und wenig stabil. Der Antrieb, die Motivation, die Konzentrationsfähigkeit und die Stressbelastbarkeit seien zurzeit massiv reduziert. Die sehr schwierigen sozialen Umstände als hoch relevanter Belastungsauslöser verfestigten die vorhandene Symptomatik. Deswegen brauche es einer weiteren intensiven psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (AB 58.23 S. 5).

4.11 Mit Verlaufsbericht vom 25. Februar 2019 hielt Dr. med. J. _____ einen stationären Gesundheitszustand fest. Als Diagnosen nannte sie (wie schon gegenüber Dr. med. N. _____; vgl. AB 63 S. 5 ff. mit AB 58.23 sowie E. 4.10 hiervoor) eine PTBS (ICD-10: F43.1), eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) sowie eine schwere rezidivierende Depression (ICD-10: F33.2). Die organischen Diagnosen seien vom Hausarzt zu übernehmen (AB 63 S. 2). Der Beschwerdeführer sei seit dem Umfalldatum bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig (AB 63 S. 3 Ziff. 11).

4.12 Am 2. April 2019 fand in der Allgemeinen Sprechstunde der psychiatrischen Dienste O. _____ eine Untersuchung des Beschwerdeführers

statt. Dabei hielten die Ärzte fest, sie würden das starke Grübeln des Beschwerdeführers über den Unfall, das Erleben der Situation als deutlich lebensbedrohlich sowie das Grübeln über die fehlende Hilfe anderer Leute (Arbeitgeber), wie von Dr. med. J. _____ bereits geschrieben, als Hinweise für die Diagnose einer PTBS (ICD-10: F43.1) sehen. Die depressive Verstimmung als Folge des Unfalls interpretierten sie jedoch als einzige komorbide mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und nicht als rezidivierend. Die starken Schmerzen des Beschwerdeführers könnten sowohl durch das Verhalten als auch in der Haltung und im Gang nicht objektiviert werden (der Beschwerdeführer gehe ohne zu hinken und könne problemlos Treppen auf- und absteigen). Subjektiv seien diese für die Lebensqualität jedoch deutlich störend und der Beschwerdeführer äussere sich zuversichtlich und bereit, eine Neurostimulation zu versuchen (AB 69.43 S. 1).

4.13 Am 14. Mai 2019 hielten die Dres. med. P. _____, Facharzt für Neurologie, und Q. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der C. _____ fest, die Ausführungen der psychiatrischen Dienste O. _____ stünden in einem gewissen Widerspruch zu den Befunden von Dr. med. I. _____. Demnach sei der Beschwerdeführer anlässlich der Konsultation der psychiatrischen Dienste O. _____ vom 25. April 2019 (recte: 2. April 2019) problemlos in der Lage gewesen, Treppen auf- und abzustiegen. Nach Ansicht der Psychiater seien die Schmerzen des Beschwerdeführers durch sein Verhalten nicht objektivierbar gewesen. Angesichts dieser Widersprüche sei die Schmerzdiagnose unklar. Zudem bestehe Uneinigkeit über die psychiatrischen Diagnosen. Insbesondere lägen begründete Zweifel an der tatsächlichen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers durch die geltend gemachten Schmerzen vor. Zur Klärung dieser Fragen sei eine interdisziplinäre neurologische und psychiatrische Untersuchung notwendig (AB 69.37 S. 2).

4.14 Anlässlich einer kreisärztlichen Untersuchung vom 4. Juni 2019 beschrieb der Beschwerdeführer grundsätzlich die gleiche Schmerzsymptomatik wie bereits am 23. Mai 2018 (vgl. AB 52.62 sowie E. 4.6 hiervor). Er gab an, dauernd Schmerzen zu haben. Bei längerer Belastung nehme

der Schmerz zu. Bei Berührung des Beines habe er einen elektrisierenden Schmerz, der bis in die Hüfte hochziehe und erst nach einiger Zeit wieder langsam zurückgehe. Bei längerer körperlicher Belastung mit einer Gehstrecke von über 2 - 3 Stunden schwelle das rechte Bein ein wenig an. Befragt nach der Idee der zukünftigen beruflichen Ausrichtung habe der Beschwerdeführer erläutert, dass er am liebsten ... werden möchte. Nachgefragt, ob er sich bei seinen erheblichen Schmerzen das Besteigen eines ... vorstellen könne, habe er angegeben, dass dies kein Problem sei. Alternativ sehe er auch eine Einsetzbarkeit zum Beispiel als Er habe sich aus der Besucherzone ohne grössere Probleme erhoben. Das Gangbild habe keine Auffälligkeiten gezeigt. Beim beobachteten Gang werde die Abrollphase im Bereich des rechten Fusses etwas reduziert, unbeobachtet sei das Gangbild jedoch unauffällig und seitengleich. Er habe sich selbständig entkleidet. Dabei sei der Einbeinstand möglich. Bei Inspektion der unteren Extremität zeige sich der Narbenbereich am Unterschenkel völlig reizlos. Die Narbe sei nicht mehr gerötet und kaum noch zu erkennen. Die Körperbehaarung sei seitengleich und unauffällig. Die Hauttemperatur erscheine palpatorisch seitengleich. Trophische Hautstörungen bestünden nicht. Eine Hyperhidrosis könne nicht nachgewiesen werden. Die Berührung des rechten Fusses auf der Lateralseite werde als elektrisierend angegeben und der Fuss zurückgezogen. Nach eigenen Angaben liege ein weiteres Areal auf der Medialseite und auf der Lateralseite des Kniegelenkes am rechten Bein. Die arterielle Durchblutung sei seitengleich gewesen und kräftig, venöse Stauungszeichen hätten nicht bestanden. Die Beweglichkeit der Hüftgelenke sei seitengleich und unauffällig gewesen. Ebenfalls seien die Kniegelenke frei bewegt worden. Auch die Beweglichkeit der Sprunggelenke zeigten keine Seitendifferenz. Die aktive Streckfähigkeit und Beugefähigkeit der Zehen sei an beiden Füßen unauffällig gewesen (AB 69.29 S. 3 f.). Es sei folgendes Zumutbarkeitsprofil für den allgemeinen Arbeitsmarkt entwickelt worden: Der Beschwerdeführer könne Tätigkeiten im Sitzen, Stehen und Gehen durchführen. Das Anheben von Gegenständen sei bis 25 kg möglich; das Tragen von Gegenständen jedoch maximal bis 15 kg. Einschränkungen der Bewegungs- und Belastungsfähigkeit der oberen Extremität bestünden nicht. Arbeiten auf Leitern und Gerüsten könnten kurzfristig ausgeübt werden. Die Eigensicherung sei inzwischen wieder ausreichend. Arbeiten auf unebenem oder abschüssigem Gelände seien

möglich. Tätigkeiten in kniender oder hockender Position seien ausführbar. Bei der Arbeit sei darauf zu achten, dass ein Wechsel der Arbeitsposition von Sitzen auf kurzfristig Gehen nach spätestens 1.5 Stunden möglich sei. Unter Einhaltung dieser Kriterien sei eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Einsetzbarkeit des Beschwerdeführers gegeben. Dieses Zumutbarkeitsprofil beziehe sich ausschliesslich auf die somatischen Folgen des Unfalls aus dem Jahre 2016 (AB 69.29 S. 4).

4.15 Mit Bericht vom 29. September 2019 bekräftigte Dr. med. J._____ die von ihr bisher gestellten Diagnosen. Es beständen eine PTBS (ICD-10: F43.1), eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) sowie eine schwere rezidivierende Depression mit suizidalen Krisen (ICD-10: F33.2). Der Unfall, der während der Arbeit passiert sei, das Strömen von Blut sowie die unterlassene Hilfeleistung des Arbeitgebers habe zur Entwicklung der PTBS geführt. Ebenfalls die Tatsache, dass dem Beschwerdeführer in diesem Moment bewusst geworden sei, dass es arterielles Blut sei und die Gefahr bestehe, dass er verblute, dass er die Sprache nicht beherrsche und keine Freunde und Verwandte in der Schweiz habe, die er um Hilfe bitten könne (AB 69.16 S. 1). Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht reserviert, da es sich um eine Chronifizierung handle. Der Erfolg der bisherigen Behandlung sei, dass er eine 50 - 60%-Arbeitsstelle im Rahmen einer Integrationsmassnahme habe antreten können. Mit diesen Arbeitsprozenten sei er an der obersten Grenze, was seine psychische und physische Belastbarkeit betreffe. Eine Steigerung sei ausgeschlossen. Es stelle sich die Frage, ob er die 50 - 60 Arbeitsprocente langfristig behalten könne und es nicht im Verlauf zu einer Dekompensation komme (AB 69.16 S. 3).

4.16 Am 6. Mai 2020 fand im Rahmen einer interdisziplinären gutachterlichen Abklärung zu Händen der C._____ eine neurologische Begutachtung des Beschwerdeführers durch Dr. med. R._____, Facharzt für Neurologie, statt (AB 73.10). Die Begutachtung ergab als Diagnose eine Affektion des Nervus suralis rechts (AB 73.10 S. 5). Bei der klinisch-neurologischen Untersuchung fanden sich keine Muskelatrophien und keine Paresen. Die Reflextätigkeit stellte sich seitengleich normal dar. Bei der Überprüfung der Sensibilität seien unterschiedliche Angaben gemacht wor-

den. Konsistent scheine die Angabe einer berührungsabhängigen Schmerzsymptomatik im Versorgungsgebiet des Nervus suralis rechts, nicht aber in den übrigen Bereichen, in denen ebenfalls teilweise (nicht bei der Überprüfung der groben Kraft) Angaben stärkster Schmerzen gemacht worden seien. Zeichen einer vegetativen Nervenläsion hätten sich nicht gefunden. Grundsätzlich sei eine Affektion des Nervus suralis rechts beschrieben und aufgrund der anatomischen Lokalisation wahrscheinlich. Die Läsion des Nervus suralis könne von einfachen kribbelnden Missempfindungen mit Minderempfindlichkeit auch zu einer berührungsabhängigen Überempfindlichkeit führen. Insofern bestehe grundsätzlich an der Tatsache einer Affektion des Nervus suralis rechts kein Zweifel. Gravierende Zweifel bestünden gleichwohl an der Intensität der angegebenen Schmerzen. So spreche die Tatsache, dass jedwede bisherige medikamentöse Schmerztherapie zu keiner Wirkung auf die Missempfindungen geführt habe sowie das Fehlen einer klinischen Besserung der Schmerzsymptomatik nach lokaler Infiltrationsbehandlung, wie aktenkundig belegt, gegen das Vorliegen einer namhaften subjektiv beeinträchtigenden Schmerzsymptomatik. Ebenfalls gegen das Vorliegen einer namhaft subjektiv beeinträchtigenden Schmerzsymptomatik spreche die Tatsache, dass diese Beschwerden spontan nicht vorgetragen worden seien. Erst bei wiederholter Nachfrage hinsichtlich von Beschwerden im Bereich des rechten Beines seien permanent sehr starke Schmerzen angegeben worden. Diese Angabe erscheine beim Fehlen jedweder Schmerzäusserungen während der gesamten Anamneseerhebung und in wesentlichen Teilen der körperlichen Untersuchung ebenfalls unplausibel. Die Angabe von stärksten Schmerzen auch in Arealen im Bereich des rechten Fusses, die nicht vom Nervus suralis versorgt würden, sowie das Fehlen von Schmerzangaben in eben diesen Arealen bei der Überprüfung der groben Kraft und Berührung dieser Hautstellen zur Kraftprüfung spreche gegen das Vorliegen einer namhaften neuropathischen Schmerzsymptomatik im Bereich der rechten Fusssohle und der rechten Fussoberseite. Die Tatsache zunächst verminderter Kraftentwicklung bei der Überprüfung der groben Kraft im Liegen betreffend des gesamten rechten Beines mit Betonung der Fussfunktion, wobei hier wechselstark innerviert und erst bei Aufforderung zur starken Innervation wenigstens kurzfristig seitengleich innerviert worden sei, welches kontrastierend zur normalen Funktion des Zehenspitzenstandes sowie Fersen-

standes und -ganges durchgeführt worden sei, spreche für eine ostentative Symptomausweitung. Diese sei auch bei der Angabe unerträglicher und stärkster Schmerzen bei der Berührung der Unterschenkelaussenseite distal an der reizlosen Narbe im Versorgungsgebiet des Nervus suralis anzunehmen, da – kontrastierend zur Angabe dieser stärksten Schmerzen bei der Untersuchung selbst – keinerlei Schmerzen beim An- und Auskleiden der Socken und der Hose sowie dem An- und Ausziehen der Schuhe geltend gemacht worden seien. Zusammenfassend liege eine Affektion des Nervus suralis rechts ohne namhafte funktionelle Beeinträchtigung vor. Eine namhafte Affektion des Nervus peroneus superficialis rechts könne klinisch nicht mit Wahrscheinlichkeit bestätigt werden. Es lägen deutliche Zeichen der Aggravation vor (AB 73.10 S. 7 f.). Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine Hinweise darauf, dass aufgrund der Affektion des Nervus suralis rechts eine Einschränkung von Tätigkeiten oder Verrichtungen resultierten. Aus neurologischer Sicht liege keine Arbeitsunfähigkeit vor. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, Tätigkeiten, die seinem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprächen, mit 100%igem Pensum durchzuführen (AB 73.10 S. 10).

Die im Rahmen der interdisziplinären gutachterlichen Abklärung durchgeführte psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers durch Dr. med. S._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, ergab keine psychiatrischen Diagnosen (AB 73.9 S. 26). Der Beschwerdeführer habe anlässlich der psychiatrischen Untersuchung das Unfallereignis szenisch vorgeführt. Bewegungseinschränkungen seien dabei nicht zu erkennen gewesen, weder als er vorgeführt habe, wie er zu Boden gefallen und auf dem Rücken zu liegen gekommen sei, noch als er demonstriert habe, wie er – als sein Chef ihm nicht geholfen habe – trotz Verletzung mühsam selbst aufgestanden sei (AB 73.9 S. 24 i.V.m. S. 23). Vom Beschwerdeführer seien Schlafstörungen, eine Störung des Appetits und eine Beeinträchtigung der sexuellen Interessen berichtet worden. Im Beck'schen Depressionsinventar (BDI) habe er einen Wert verwirklicht, der – formal – für eine mittelschwere depressive Symptomatik spreche. Im Test of Memory Malingering (TOMM) habe er ein Testergebnis verwirklicht, dass – laut Testmanual – für das zielgerichtete Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik spreche. Beim TOMM handle es sich um ein

sprachungebundenes Verfahren. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Gedächtnisstörungen seien nicht wahrzunehmen gewesen. Die Auffassung sei nicht erschwert und die Konzentration nicht beeinträchtigt gewesen, auch nicht im Verlauf oder gegen Ende der Untersuchung. Es seien keine Hinweise auf intellektuelle Defizite vorgelegen; die höheren kognitiven Leistungen (problemlösendes Denken, Urteilsvermögen) seien angemessen differenziert gewesen. Die Willenskräfte seien ausreichend strukturiert und regelrecht gewesen. Ambivalenz oder Ambitendenz bestünden nicht. Die Antriebslage sei ausreichend gewesen. Der Beschwerdeführer habe über einen Rückgang seiner Interessen, über einen Rückzug und eine Anhedonie berichtet. Zwangssymptome oder phobische Ängste hätten nicht vorgelegen. Der Beschwerdeführer sei von der Persönlichkeit her verträglich gewesen. Es hätten sich keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Persönlichkeitsstörung gefunden. Die Urteilsfähigkeit sei erhalten, die Kritikfähigkeit hingegen reduziert gewesen. Es hätten keinerlei Hinweise für paranoide Denkinhalte vorgelegen (AB 73.9 S. 24 ff.). Hinsichtlich Aktenwürdigung schickte der Gutachter voraus, dass sämtliche Fachkollegen, die sich mit dem Beschwerdeführer bisher beschäftigt hätten, Phänomene wie Aggravation oder Simulation nicht berücksichtigt hätten. Dies sei zunächst nicht vorwerfbar, allerdings sei aus Sicht eines Gutachters darauf hinzuweisen, dass die vom Beschwerdeführer berichtete Problematik, es gehe ihm, trotz leitliniengerechter Therapie, immer schlechter, Anlass zur Nachfrage geboten hätte. Ob beim Beschwerdeführer im Jahre 2017 tatsächlich eine Anpassungsstörung vorgelegen habe, müsse offenbleiben. Ähnliche Überlegungen gälten hinsichtlich der Frage, ob er tatsächlich suizidal dekompenziert sei, was im Jahre 2018 dokumentiert worden sei. Ob der Versicherte tatsächlich aufgrund von Dauerschmerzen in eine psychosoziale Belastungssituation geraten sei, wie es beispielsweise am 31. August 2018 dokumentiert worden sei, müsse ebenfalls in Frage gestellt werden. Er wirke aktuell definitiv nicht schmerzgeplagt, obwohl er selber angegeben habe, dass die Beschwerden seither zugenommen hätten. Auch habe er sich problemlos und flüssig bewegen können. Nicht nachvollziehbar sei die Diagnose einer PTBS, weil das Ereignis, dass er erlitten habe, nicht als A-Kriterium anzusehen sei. Auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren habe nicht verifiziert werden können. Die zurückliegende Feststellung, dass

beim Beschwerdeführer eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung eingetreten sei, könne ebenfalls nicht nachvollzogen werden. Dies liege darin begründet, dass diese Diagnose Menschen vorbehalten sei, die beispielsweise in Konzentrationslagern oder ähnlichen Einrichtungen gewesen seien; auch ein Aufenthalt in der Haftanstalt T. _____ in der damaligen ... sei als entsprechender Auslöser anerkannt. Eine Verletzung mit einer Sense gehöre definitiv nicht zu den notwendigen diagnostischen Kriterien. Auch sei nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer den Arbeitsversuch am 31. Oktober 2019 habe abbrechen müssen, da er vergesslich gewesen und die Strassen nicht mehr gewusst sowie keine Ausdauer mehr gehabt habe. Dies sei aus psychiatrischer Sicht nicht erklärbar (AB 73.9 S. 26 f.). Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Einschränkungen (AB 73.9 S. 29).

Zusammenfassend hielten die Gutachter interdisziplinär fest, weder aus neurologischer noch aus psychiatrischer Sicht liege eine Arbeitsunfähigkeit vor. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine Hinweise darauf, dass aufgrund der Affektion des Nervus suralis rechts eine Einschränkung von Tätigkeiten und Verrichtungen resultiere. Zudem liessen sich über die Affektion des Nervus suralis rechts hinaus keine weiteren Nervenschäden namhafter Bedeutung wahrscheinlich machen. Aus psychiatrischer Sicht liessen sich keine Pathologien feststellen. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, Tätigkeiten, die seiner Ausbildung entsprächen, mit 100%igem Pensum durchzuführen (AB 73.9 S. 4 f.).

4.17 Mit Schreiben vom 30. Mai 2020 überwies Dr. med. J. _____ den Beschwerdeführer erneut an die Klinik K. _____, wobei sie eine Retraumatisierung in der Begutachtungssituation am 6. Mai 2020 bei PTBS (ICD-10: F43.1), andauernder Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) sowie schwerer rezidivierender Depression mit suizidalen Krisen (ICD-10: F33.2) festhielt. In der Begutachtungssituation habe der Neurologe beim Bewegen des verletzten Beines nicht aufgehört, durch weitere Untersuchungen Schmerz zuzufügen. Dies, obwohl der Beschwerdeführer ihn ausdrücklich darum gebeten habe, aufzuhören und sogar laut "nein" geschrien habe. Die Übersetzerin sei dabei gewesen und habe die Bitte des Beschwerdeführers übersetzt. Dazu habe er "nein, nein, bitte

nicht" geschrien. Trotz des stark aufgetretenen Schmerzes hätten weitere schmerzhaftige Bewegungen/Untersuchungen des verletzten Beines stattgefunden. Seitdem sei der Schmerz ununterbrochen präsent. Der Beschwerdeführer habe erneut Alpträume vom Unfall, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, eine bedrückte Stimmung, Grübeln, Antriebslosigkeit und suizidale Gedanken (AB 73.11 S. 2 f.).

5.

Die angefochtene Verfügung vom 13. Oktober 2020 (AB 86) basiert in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf der durch die C._____ veranlassenen Expertise der Dres. med. R._____ und S._____ (AB 73.9 f.; vgl. E. 4.16 hiervor). Dieses bidisziplinäre Gutachten erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.5 f. hiervor) und erbringt vollen Beweis. Die beschwerdeweise erhobene Kritik verfängt nicht.

5.1 Soweit der Beschwerdeführer vorab hinsichtlich des Vorgehens der Beschwerdegegnerin ganz grundsätzlich rügt, diese habe keine eigenen medizinischen Abklärungen getroffen (Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 2 Ziff. 6), ist dies unbehelflich. Wenngleich die Bereitstellung der medizinischen Entscheidungsgrundlage nach Art. 43 Abs. 1 ATSG in erster Linie Sache des Sozialversicherungsträgers ist, bleibt es der IV-Stelle im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und des Amtsbetriebs unbenommen – respektive kann es im Rahmen der Verhältnismässigkeit und im Sinne der raschen Verfahrenserledigung sogar geboten sein –, gegebenenfalls auf ein ausserhalb des Invalidenversicherungszweiges erstattetes Gutachten abzustellen. Hinzu kommt, dass die im Zweig der Unfallversicherung durch die C._____ eingeholte Expertise der U._____ (MEDAS) (vgl. E. 4.16 hiervor), auf die die Beschwerdegegnerin letztlich abgestellt hat, bidisziplinär erfolgte, womit der Auftrag für die Begutachtung auch in der Invalidenversicherung freihändig hätte erteilt werden dürfen. Im Übrigen besteht auch kein unbedingter Anspruch darauf, dass fachärztliche Berichte oder Gutachten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme vorgelegt werden (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 23. Juli 2020, 9C_257/2020, E. 3.1 mit Hinweis; vgl. auch Rz. 2038 des

Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI] des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV]). Sodann steht der Umstand, dass sich die Sachverständigen auch zu Kausalitätsfragen zu äussern hatten (Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 2 Ziff. 2), der beweisrechtlichen Verwertung ihrer Beurteilung in der final konzipierten Invalidenversicherung (vgl. BGE 124 V 175 E. 3b S. 178) nicht entgegen, gingen die Experten doch – unabhängig von der Kausalitätsfrage – von einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus (vgl. E. 4.16 hiavor).

5.2 Hinsichtlich Beweiskraft der betreffenden Gutachten ist zunächst festzuhalten, dass das psychiatrische Teilgutachten des federführenden Dr. med. S._____ zwar etwas knapp ausfiel, jedoch sehr wohl auch eine Auseinandersetzung mit der medizinischen Aktenlage beinhaltet (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 2 Ziff. 7 Punkt 2). So zeigte der Gutachter – mit Blick auf die klinisch-diagnostischen Leitlinien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f. bzw. S. 286 f.) nachvollziehbar – auf, dass das Ereignis vom 19. Juli 2016 nicht als Ausgangspunkt für die von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. J._____ postulierte PTBS bzw. andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung (vgl. AB 48 S. 4 Ziff. 2.5 sowie E. 4.7 hiavor, AB 63 S. 2 Ziff. 3, AB 63 S. 5 Ziff. 1 sowie E. 4.11 hiavor, AB 69.16 S. 1 sowie E. 4.15 hiavor, AB 73.11 S. 2 [= AB 81 S. 6] sowie E. 4.17 hiavor, AB 81 S. 14 f.) geeignet war. Diese Beurteilung stimmt im Übrigen mit den fachpsychiatrischen Einschätzungen des Arztes der C._____, med. pract. M._____ (AB 55 [= AB 58.30 f.; AB 69.87 f.]; vgl. E. 4.9 hiavor), sowie des Dr. med. Q._____ vom Kompetenzzentrum der C._____ (AB 58.15 [= AB 69.72]) überein. Dr. med. S._____ wies zudem darauf hin, dass die bisher involviert gewesenen Fachärzte Phänomene wie Aggravation oder Simulation unberücksichtigt liessen, weshalb auch nicht auf die im Längsschnitt dokumentierten affektiven Beeinträchtigungen abgestellt werden kann. Im Übrigen verfügte der stellvertretende Oberarzt Dr. med. N._____, welcher im Austrittsbericht der Klinik L._____ vom 22. November 2018 (AB 58.39 S. 2 f. [= AB 69.96 S. 2 f.]; vgl. E. 4.8 hiavor) von einer schwergradigen rezidivierenden Depression ausging, im Berichtszeitpunkt über keinen Facharzttitel

(vgl. hierzu Entscheid des BGer vom 29. August 2019, 8C_247/2019, E. 6.1). Hinzu kommt, dass er sich im Schreiben vom 31. Januar 2019 offensichtlich vollständig auf die Einschätzung der Dr. med. J. _____ abstützte, mit Hilfe welcher er die Antworten erarbeitet hatte (vgl. AB 58.23 [= AB 69.80] und AB 63 S. 5 ff. sowie E. 4.10 hiervor). Ebenso wenig ist der Bericht der psychiatrischen Dienste O. _____ über die ambulante Untersuchung vom 2. April 2019 relevant, wurden darin die von Dr. med. J. _____ gestellten Diagnosen doch ohne eigene Herleitung unkritisch übernommen (AB 69.43; vgl. E. 4.12 hiervor). Auf die Letztere kann im Übrigen schon deshalb nicht abgestellt werden, weil sie noch im Mai 2019 eine seit der Schnittverletzung durchgehende vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte (AB 63 S. 3 Ziff. 11), während der Beschwerdeführer offenbar zwischenzeitlich zumindest wieder in Teilzeit einer Erwerbstätigkeit nachging (AB 69.101). Das BDI, welches formal für eine mittelschwere depressive Symptomatik sprach, hat als reine Selbstbeurteilung eine beschränkte Aussagekraft, zumal der TOMM ein zielgerichtetes Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik offenbarte. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, der entsprechende Test basiere auf sprachlichen Kenntnissen und ein Übersetzer sei bei der Begutachtung nicht zugegen gewesen (Beschwerde S. 8 Ziff. III Art. 2 Ziff. 7), ist beides aktenwidrig bzw. unzutreffend. Beim TOMM handelt es sich um ein sprachungebundenes Verfahren (vgl. AB 73.9 S. 26 sowie E. 4.16 hiervor) und bei der Begutachtung war eine professionelle Übersetzerin anwesend (AB 73.9 S. 22 Ziff. 1, AB 73.10 S. 1 Ziff. 1; vgl. auch AB 73.23 und AB 81 S. 3 Ziff. 1). Hinzu kommt, dass auch der neurologische Gutachter Dr. med. R. _____ im Rahmen der klinischen Exploration deutliche Hinweise für das Vorliegen einer Aggravation fand (AB 73.10 S. 8 [vgl. dazu auch AB 73.10 S. 4 oben, AB 73.10 S. 7 sowie E. 4.16 hiervor]). Der Vorwurf, Dr. med. S. _____ habe sich nicht damit auseinandergesetzt, dass die angenommene Aggravation/Simulation von den Einschätzungen der anderen Ärzte abweiche (Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 2 Ziff. 7 Punkt 2), ist nicht stichhaltig. Denn es ist nicht dokumentiert, dass die übrigen Medizinalpersonen überhaupt eine Symptomvalidierung durchgeführt hätten. Dies leuchtet denn auch insoweit ein, als der Fokus zumindest bei den Leistungserbringern aufgrund des Behandlungsauftrags nicht primär auf derartigen versicherungsmedizinischen Fragestellungen gelegen haben dürfte.

5.3 Auch das neurologische Teilgutachten des Dr. med. R. _____ erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen. Der Gutachter setzt sich insbesondere mit der anamnestischen Verdachtsdiagnose eines CRPS Typ 2 sowie den Therapiebemühungen im Zusammenhang mit dem allodynschen Hautareal auseinander (AB 73.10 S. 5 ff.). Das CRPS wurde selbst von den Behandlern lediglich als Verdachtsdiagnose gestellt, was unter versicherungsmedizinischen Gesichtspunkten nicht ausreicht (vgl. Entscheid des BGer vom 27. März 2020, 8C_113/2020, E. 8.2.2.1 mit Hinweisen). Zudem stellt die Allodynie – entgegen der Argumentation in der Beschwerde (S. 7 Ziff. III Art. 2 Ziff. 7 Punkt 4) – als übersteigerte Schmerzempfindlichkeit nicht eine Diagnose, sondern höchstens einen Befund bzw. ein subjektives Beschwerdesymptom dar. Die Schlussfolgerungen des Sachverständigen korrelieren mit den Beurteilungen bzw. dem Zumutbarkeitsprofil des Arztes der C. _____. Dr. med. I. _____ (vgl. AB 69.29 sowie E. 4.14 hiervor). Die Kontroverse über die therapeutische Indikation eines epiduralen Rückenmarkstimulators (vgl. AB 69.27 S. 3, AB 69.37, AB 69.86, AB 81 S. 9) ist nicht entscheidungswesentlich. Für eine unter persönlichkeits- und körperverletzenden Umständen erfolgte Exploration (Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 2 Ziff. 7 Punkt 1) bzw. eine fehlende Neutralität/Objektivität (Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 2 Ziff. 7 Punkt 3) ergeben sich keine konkreten Hinweise. Eine Rückfrage bei Dr. med. R. _____ bzw. der Übersetzerin (vgl. AB 81 S. 3 Ziff. 1) erübrigt sich in antizipierter Beweiswürdigung (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). Denn selbst wenn der Gutachter eine für den Beschwerdeführer schmerzhaft Manipulation des Beins vorgenommen haben sollte (entgegen dem Vorbringen in der Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 2 Ziff. 7 Punkt 1 ist die Angabe unerträglicher und stärkster Schmerzen bei Berührung im Versorgungsgebiet des Nervus suralis im Gutachten sehr wohl dokumentiert [siehe AB 73.10 S. 8]), wäre dies zwar bedauerlich, unter beweisrechtlichen Gesichtspunkten aber nicht per se zu beanstanden. Denn es gehört allemal zu den Aufgaben des medizinischen Sachverständigen, den Funktionsumfang des Bewegungsapparates klinisch zu explorieren, was bei der (gemäss Anamnese) gesteigerten Schmerzempfindlichkeit (Allodynie) kaum ohne subjektive Schmerzäußerung möglich ist. Dass der medizinische Sachverständige dem Beschwerdeführer durch die Palpation/Manipulation der unteren Extremität eine Ver-

letzung zugefügt hätte, wird weder geltend gemacht noch bestehen Anhaltspunkte dafür. Schliesslich ist das nunmehr geltend Gemachte auch im Lichte der inkonsistenten Schmerzangaben (bei fehlender Muskelatrophie) zu werten (vgl. E. 4.16 hiervor).

6.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die interdisziplinäre Begutachtung durch die Dres. med. S._____ und R._____ abgestellt. Angesichts der darin ausgewiesenen Aggravation wie auch der übrigen medizinischen Akten (vgl. E. 4 hiervor) ist beim Beschwerdeführer in Bezug auf den gesamten vorliegend relevanten Zeitraum kein invalidisierender Gesundheitsschaden erstellt. Der medizinische Sachverhalt erweist sich als rechtsgenügend abgeklärt. Daran ändert auch die Absicht der C._____ nichts, den Beschwerdeführer erneut begutachten zu lassen, finden sich doch in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 29. März 2021 auch in den neusten Akten der C._____ keine neuen medizinischen Unterlagen oder anderweitige Aspekte, die Zweifel am vorliegenden Beweisergebnis aufkommen liessen.

Selbst unter der Prämisse einer medizinisch ausgewiesenen affektiven oder anderweitigen psychischen Störung wäre nach dem Dargelegten deren (leistungsspezifische) Invalidität zu verneinen, liegen mit den deutlichen Hinweisen auf Aggravation doch Aspekte vor, die klar über eine Verdeutlichungstendenz hinausgehen und als Ausschlussgrund nach BGE 131 V 49 zu qualifizieren sind (vgl. E. 3.2 hiervor). Bei dieser Ausgangslage erübrigt es sich, die zweite Ebene des strukturierten Beweisverfahrens zu prüfen. Immerhin ist augenfällig, dass sich der Beschwerdeführer selbst nicht in der Lage zu einer beruflichen Tätigkeit sieht (AB 73.9 S. 25), was mit seinen weitgehend normalen Aktivitäten des täglichen Lebens bzw. Freizeitaktivitäten kontrastiert (AB 73.10 S. 2 f.).

Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 13. Oktober 2020 (AB 86) ist nach dem Dargelegten im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Damit erübrigen sich auch Weiterungen zur Frage der versicherungsmässigen Voraussetzungen

(vgl. Art. 6 IVG sowie Rz. 1040 ff. des Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH] des BSV; THOMAS ACKERMANN, Versicherungsmässige Voraussetzungen des Leistungsanspruchs in der Invalidenversicherung, in KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2011, St. Gallen 2012, S. 9 ff.; Beschwerdeantwort S. 4 lit. C Ziff. 10).

7.

7.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} 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.

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

7.2 Es besteht keine Verpflichtung der Beschwerdegegnerin, trotz Obiegen dem Beschwerdeführer wegen Verletzung der Begründungspflicht eine Parteientschädigung auszurichten (vgl. Beschwerde S. 10 Ziff. III Art. 4). Wenn überhaupt, liegt jedenfalls keine schwerwiegende Verletzung der Begründungspflicht vor (vgl. E. 2.3 hiervor) und eine solche hätte auch nicht zu nennenswerten Kosten geführt, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (vgl. SVR 2019 IV Nr. 93 S. 316 f. E. 5.4.3). Der Beschwerdeführer hätte sich unabhängig davon zur Beschwerdeführung veranlasst gesehen, ob die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zum Einwand Stellung genommen hätte, statt auf die Motive in der Verfügung der C._____ zu verweisen. Es besteht somit in Anwendung von Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

7.3.1 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. 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).

7.3.2 Die Prozessbedürftigkeit des Beschwerdeführers ist erstellt (siehe Beschwerde S. 9 f. Ziff. III Art. 3 sowie Beschwerdebeilagen [BB] 3 – 5). Seine Rechtsbegehren waren nicht von vornherein aussichtslos und aufgrund der tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse war eine anwaltliche Verbeiständung im vorliegenden Beschwerdeverfahren gerechtfertigt. Die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Verbeiständung im Beschwerdeverfahren sind damit 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) und ihm ist Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt beizuordnen.

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

Die von Rechtsanwalt B._____ eingereichte Kostennote vom 22. Dezember 2020 gibt zu keinen Bemerkungen Anlass. Gestützt auf diese Kostennote wird der tarifmässige Parteikostenersatz inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer auf Fr. 2'190.85 (Fr. 2'000.-- Honorar, Fr. 34.20 Auslagen, Fr. 156.65 Mehrwertsteuer) und die amtliche Entschädigung auf Fr. 1'760.05 (Fr. 1'600.-- Honorar, Fr. 34.20 Auslagen, Fr. 125.85 Mehrwertsteuer) festgesetzt. Die amtliche Entschädigung wird Rechtsanwalt B._____ nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils aus der Gerichtskasse vergütet. Der Beschwerdeführer hat dem Kanton Bern diese Kosten entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO nachzuzahlen (Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 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. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 2'190.85 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'760.05 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

6. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- 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.